

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

ISABEL BERNS KUIAVA

**REGISTRO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO E
PROPOSIÇÕES PARA A PRÁTICA**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

ISABEL BERNES KUIAVA

**REGISTRO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO E
PROPOSIÇÕES PARA A PRÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional, como requisito para a obtenção do Título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Matos

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração: Gestão do cuidado em saúde e enfermagem.

**FLORIANÓPOLIS
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kuiava, Isabel Berns

Registro das ações de enfermagem : avaliação e proposições
para a prática / Isabel Berns Kuiava ; orientador, Eliane
Matos - Florianópolis, SC, 2016.
151 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Registros de
Enfermagem. 3. Equipe de Enfermagem. 4. Enfermagem. 5.
Processos de Enfermagem. I. Matos, Eliane. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

ISABEL BERNES KUIAVA

**REGISTRO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO E
PROPOSIÇÕES PARA A PRÁTICA**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

e aprovada em sua versão final em 08 de março de 2016, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem.




Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem

Banca Examinadora:



Dra. Eliane Matos
Presidente



Dra. Francine Lima Gebeke
Membro

Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
Membro



Dra. Nádia Chiodelli Salum
Membro

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação aos meus grandes mestres da vida, meu avô Sebastião (*in memoriam*), querido, quem com sua fé inabalável, sua força de determinação, sempre foi inspiração para mim; À minha querida mãe, Maria Inês, que com sua garra, coragem e dedicação sempre me foi exemplo, como pessoa e profissional e me incentivou a trilhar este caminho acadêmico; e ao meu Esposo Heliano, que com seu apoio infinito permitiu que eu me dedicasse a esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

E chegou o grande momento, de expressar meu eterno agradecimento a todos àqueles que de forma direta ou indireta, proporcionaram que eu realizasse e concluísse esta etapa da minha vida. São tantos pensamentos e sentimentos, mas o que predomina sem sombra de dúvida é o estado de paz e gratidão. Como já dizia Willian Shakespeare, em um de seus momentos de iluminação, “Um dia a gente aprende...”. E como aprende. Pela dor ou pelo amor, aprendemos a aceitar mais, reclamar menos e comemorar mais, cada dia de vida que ganhamos.

Primeiramente agradeço a Deus, aos seres de luz, aos guias e aos Mestres da Grande Fraternidade Branca pela vida, pela saúde, pelo amanhecer de cada dia, pela proteção, pelo zelo e pelo amor que sinto dentro de mim todos os dias. Sem a luz deles em meu caminho, com certeza eu não teria alcançado tantas graças.

À minha mãe querida, Maria Inês, obrigada por todo o carinho, amor, incentivo, compreensão, enfim, por todos os dias que me ouviu desabafar, por todos os dias que cuidou da nossa pequena Sophia, de mim, da nossa casa, com todo carinho que só uma mãe sabe dar. Amo você!

Gratidão ao meu esposo Heliano, que não mediu esforços para me ajudar, incentivando, ajudando a revisar cálculos, a organizar dados, compreendendo todas as minhas frustrações, revoltas, ausências, fazendo lanchinhos, carinhos, e também “puxando a orelha” e pressionando quando preciso. Por todo o carinho que dedicou e dedica a nossa filha, a construção da nossa casa, nosso lar, por nos ajudar a superar todos os desafios e percalços que apareceram ao longo de nossa jornada. Te amo. P.S.: consegui te dar de presente a dissertação viu?

À minha querida e linda Sophia, gratidão minha filha, por ser exatamente quem você é. Um ser de luz que veio iluminar e alegrar nossas vidas, nos ensinando o que é amor, o que é entrega, o que é dedicação. Te amo “popxa”...

A toda a minha família, gratidão eterna!! Em especial ao meu “paidraço”, que desde os meus 10 anos acreditou em mim e sempre me incentivou...me encorajando e apoiando. Neste último ano,

proporcionou que concretizássemos o grande sonho da casa própria. Ao meu irmão Lucas, que desde o início do mestrado me apoiou de todas as formas, direta e indiretamente, inclusive ajudando em muitos momentos a cuidar da nossa pequena. Ao meu irmão Isaac, cunhada Paty, e sobrinhos Vi e Davi....obrigada por entenderem minha ausência nos últimos 3 anos e por todo incentivo que me deram. A minha tia e madrinha Márcia, por toda ajuda e dedicação, em tantos momentos de minha vida. Sempre pronta para ajudar. És exemplo de humildade e compaixão. A minha vozinha Maria, por ser um exemplo de doçura e tranquilidade, por desde minha infância orar por mim, ajudar a me criar e ensinar tantas coisas que só uma vó pode fazer. Aos tios e tias queridos, Beto e Terezinha (in memoriam), Tela, Cláudia, Angélica, Gil, Máxima, Marga, Marcos, que em muitos momentos da minha vida me cuidaram, ajudaram, financiaram....cada um de vocês semeou algo de bom em minha vida e sou muito grata por isso.

Aos meus sogros, Ana e Hélio, cunhados Lauri e Lucas, concunhadas Mari e Juli, aos sobrinhos Cristofer, Bruno, Sara e agora a Camila, por me apoiarem, por entenderem minhas ansiedades, minhas angústias, por compreenderem minhas ausências e torcerem pelo meu sucesso.

À toda minha grande família de fé de Balneário Camboriú, irmãos de caminhada, Izilda, Cida, Déia, Rodrigo, Wilson, Sirley, Serly, Tati, Josi, Simone, Bruna, Rodriguinho, Taís, e todos os demais...gratidão por todas as orações, boas energias, apoios, incentivos e compreensão pelas ausências. Com vocês aprendo diariamente o que é caridade, gratidão, humildade, entrega, doação, amorosidade, irmandade. Sem vocês não teria forças para chegar aonde cheguei.

Agradeço em especial à minha orientadora Eliane Matos, que mesmo com tantos percalços ao longo do Mestrado, apostou e acreditou na minha capacidade de concluir essa jornada, me incentivou em vários momentos em que desistir parecia a única saída. Gratidão pela paciência, pelo carinho e por se dispor a passar para mim um pouquinho do grande conhecimento que tens. Vejo por trás dessa “pequena” pessoa, uma grande alma, pronta para ajudar, seja no trabalho, na academia e na vida.

Aos professores do Mestrado profissional, agradeço por todo o tempo e atenção dispendidos, pelo conhecimento compartilhado e pelas

oportunidades oferecidas. Com certeza aprendi muito com cada um de vocês.

Aos membros da banca de qualificação e de sustentação, Gelson, e em especial às meninas Francine, Ju Balbinot, Nádia e Julieta, que desde o início participaram da minha caminhada e tiveram delicadeza e paciência para contribuir para o trabalho. Gratidão por entenderem minhas limitações e falhas e compartilharem seus conhecimentos.

Aos colegas do Mestrado, o meu agradecimento pela companhia, pelas risadas, histórias, comemorações, reclamações, enfim, todas as experiências vivenciadas juntas. Espero que todos tenham alcançado seus objetivos e finalizar esta etapa.

Aos queridos irmãos de jornada de Florianópolis, Nico, Jholl, Thao, Moacir, Ranish, Pri, André, Mário, Júlio, Wal, enfim, todos os demais, por compartilharem um pouquinho de cada um e colaborarem para o meu crescimento espiritual e pessoal. Sem vocês esta jornada seria, com certeza, mais árdua.

Às minhas queridas amigas mais que especiais, irmãs perdidas que reencontrei nesta vida, Pam, Ana, Ciça, Mari e Berê. Além de colegas enfermeiras maravilhosas, vocês fizeram de meus dias mais leves, de cada página escrita uma etapa vencida, cada vez que me animaram, incentivaram, ajudaram, literalmente me pegando pela mão e orientando meu caminho. Gratidão a Deus por ter vocês em meu caminho.

Às minhas queridas amigas de infância, Lila, Aninha, Amandinha, Fe, Bi, May e Sandrinha, por todas as conversas jogadas fora, todas as jantas deliciosas realizadas, todas as palavras de carinho e incentivo, o meu muito obrigada!

Às minhas chefias do HU, por entenderem os meus relapsos no final deste processo e proporcionarem que eu conseguisse me dedicar o suficiente para concluir a missão. A todas as equipes de enfermagem das unidades de clínica médica e cirúrgica, e aos pacientes, por aceitarem participar do estudo e contribuir para meu aprendizado. Sem vocês, nada seria possível.

Finalmente, gratidão a todas as pessoas, que de alguma forma ou outra me apoiaram em algum momento da construção desta caminhada e que agora, vibram comigo mais esta conquista. É muito difícil lembrar todos que perpassaram este longo caminho, e transmitir aqui exatamente o que estou sentindo agora. Finalizo então, com mais uma vez: Gratidão, Namaste.

Bel.

KUIAVA, Isabel Berns. **Registro das ações de enfermagem:** avaliação e proposições para a prática. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 151p.

RESUMO

Pesquisa de métodos mistos, exploratório-descritiva, cujo objetivo foi propor indicativos para os registros das ações de enfermagem em unidades de internação adulto. O estudo foi realizado em unidades de internação Médica e Cirúrgicas. A coleta de dados foi realizada entre abril de 2014 e Setembro de 2015 em duas etapas distintas. A primeira, caracterizada pelo estudo documental, consistiu na identificação e avaliação dos registros de técnicos e auxiliares de enfermagem nas folhas de Observações Complementares, e no Prontuário do paciente. Foram analisados 66 prontuários durante 15 dias consecutivos, e avaliados 319 registros de enfermagem, referentes a sinais e sintomas, resultados de tratamentos, cuidados de enfermagem e outros. Os dados foram introduzidos e organizados em uma planilha Excel, de acordo com os itens a serem analisados: identificação do paciente, respostas às prescrições médicas e de enfermagem e resultados de cuidados e tratamentos, checagem de prontuário, controle de sinais vitais, eliminações e glicemia. Destes aspectos foi registrado o percentual de preenchimento segundo os critérios: completo, incompleto, incorreto, não preenchido. A avaliação dos resultados considerou o cálculo de percentual de positividade, classificados em satisfatório ou insatisfatório. A segunda etapa, qualitativa, consistiu de entrevistas com a equipe de enfermagem, utilizando roteiro semiestruturado, para identificar aspectos positivos e negativos do atual modelo de registro das ações de enfermagem e sugestões de mudanças. A escolha dos participantes foi intencional e foram entrevistados 21 profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que atuam nas 4 clínicas estudadas, nos diversos turnos de trabalho. Os dados desta etapa foram organizados e analisados à luz da análise de conteúdo. Obteve-se resultados positivos na primeira etapa em relação à compreensão da escrita, presença de anotações, evidências de prestação de cuidados, de observação de sinais e sintomas, checagem das prescrições médica e de enfermagem, com mais de 50% de registros completos. Quanto a identificação do profissional e do paciente, registro de data/hora, objetividade e cientificidade da escrita e qualidade das informações, os

registros apresentaram-se predominantemente incompletos e/ou incorretos. A resposta às prescrições de enfermagem foram insatisfatórias, principalmente nos registros relativos às necessidades humanas básicas na qual predominou os registros não preenchidos. Quanto à segunda etapa, foi consenso entre os participantes, a importância atribuída aos registros de enfermagem como parte de suas funções e fundamentais para a continuidade da assistência e comprovação de suas ações. Negativamente destacam: sobrecarga de trabalho interferindo na qualidade das anotações, desvalorização dos registros pela equipe de saúde, não padronização do instrumento, duplicidade de impressos e repetição de dados, baixa qualidade das informações. Como sugestões para um novo instrumento citam: padronização do impresso na instituição; reunião das observações complementares às prescrições de enfermagem; espaço para inclusão de diagnóstico médico; elaboração de modelo integrando *check-list* e anotações descritivas, informatização; impresso único para registro de controles (glicemia, sinais vitais, eliminação). Concluiu-se pela necessidade de novos estudos sobre o tema, realização de auditorias periódicas e processo de educação permanente para a melhoria da qualidade das anotações, com fortalecimento e valorização das prescrições de enfermagem e dos registros de técnicos/auxiliares de enfermagem.

Descritores: Registros de Enfermagem. Equipe de Enfermagem. Enfermagem. Processos de Enfermagem.

KUIAVA, Isabel Berns. **Record of nursing actions:** evaluation and proposals for practice. Thesis (Professional Master's Degree in Nursing Care Management) Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 151p.

ABSTRACT

Mixed methods research with an exploratory and descriptive approach, whose aim was to propose indicatives for the records of nursing actions at the adult patient units. The study was made in unit of medical internations and surgeries unit. Data collections was made between April, 2014 and September, 2015 in two stages distinctly. First characterized by a documental study with identification and evaluations of technical registers and observation papers and patient records. Was analyzed 66 patient records during 15 consecutive days and 319 evaluations of nurse registrations. The data were organized and introduced in an excel design following the items to be evaluated. It was registered the percentage of perform following the criterious: complete, incomplete, incorrect, not fulfilled. The results of exam were considered by the calculation of positive percentage classified in satisfactory or dissatisfied. The second stage, qualitative, consisted by interviews with nurse staff. Using semistructure itinerary to identify the positive and negative aspects of the actual modal of action registering the actions of the nurse and suggestions of changes. The choice of the participants were intentional and 21 professionals were interviewed (nurses, technicians and auxiliaries of nurse) that actuate at the 4 clinics studied in the diversity work turn. The data of this stage was organized and analyzed by the light of the content analysis. The positive results was obtained at the first stage in relation of written compression, present annotation, care evident instalment observation of symptoms and signals, prescription of medical and nurse checking, with more than 50% of registers showing predominant incorrect or incomplete. The response of prescriptions of nurse was insatisfactory mainly in the relative registers of human basic necessity in which predominate the no register fulfilled. The second stage was consensus between the participants, the importance impute to the nurse registers by part of their functions and fundamental to the continuous assistance and corroboration to their actions. Negative aspects: overburden work interfering in the quality of register, depreciation of the staff of healthy register, the no standard of instrument, the duplicity of print and repetition of data and low quality

of information. As suggestion to a new instrument mention: printed (padronizations) standard in the instituion, reuniom of complementary observations to the prescriptions of nurse; space to include the medical diagnosis; elaboration of the integrate model check-list and descriptive note, informatization, unique printed to the register of control (glicemy, vital signal, elimination). Conclude by the necessity of new studies about the theme, doing periodic auditories in the process of permanent education to make better quality of notes, fortify and valorize the prescriptions of nurse and the registers of technician and nurse helpers.

Descriptors: Nursing Records. Nursing, Team. Nursing. Nursing Process.

KUIAVA, Isabel Berns. **Registro de las acciones de enfermería:** evaluación y propuestas para la práctica. Disertación (Maestría Profesional en Enfermería) - Programa de Post Grado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 151p.

RESUMEN

La búsqueda de métodos mixtos, exploratorio y descriptivo, cuyo propósito era proponer indicativo para los registros de las acciones de enfermería en las unidades de hospitalización de adultos. El estudio se realizó en las unidades de hospitalización médico y quirúrgico. La recolección de datos se llevó a cabo entre abril de 2014 y septiembre de 2015 en dos etapas distintas. La primera, que se caracteriza por el estudio documental fue la identificación y evaluación de los expedientes técnicos y auxiliares de enfermería en las hojas de las notas complementarias, como la asistencia de enfermería al paciente en una hoja de cálculo de Excel, de acuerdo con los artículos que hay que evaluar. el porcentaje de finalización se registran de acuerdo con los criterios: completa, incompleta, incorrecta, no se llenó. se le dio la evaluación de los resultados teniendo en cuenta el cálculo del porcentaje de positividad, clasificado como satisfactorio o insatisfactorio. La segunda etapa, cualitativa, consistió en entrevistas con el personal de enfermería, utilizando semi-estructurada, para identificar los aspectos positivos y negativos del modelo registro actual de las acciones de enfermería y cambia sugerencias. La selección de los participantes fue intencional y se entrevistó a 21 profesionales (enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería) que trabajan en 4 clínicas estudiadas en varios turnos. Los datos en esta etapa fueron organizados y analizados en el análisis de contenido. Se obtuvieron resultados positivos en el primer paso hacia la comprensión de la escritura, la presencia de notas, la evidencia de la atención, la observación de los signos y síntomas, la comprobación de las prescripciones médicas y de enfermería, con más del 50% de los registros completos. La identificación del profesional y el paciente, sello de fecha / hora, la escritura y la objetividad científica y la calidad de la información, los registros mostró predominantemente incompleta y / o incorrecta. La respuesta a las prescripciones de enfermería no fueron satisfactorios, especialmente en los registros relacionados con las necesidades humanas básicas en las que predominaban los registros vacantes. El segundo paso fue el consenso entre los participantes, la importancia dada a los registros de enfermería como parte de sus funciones y esencial para la continuidad de la

atención y la prueba de sus acciones. Negativamente a cabo: la sobrecarga de trabajo que interfiere con la calidad de las notas, la devaluación de los registros por el equipo de salud, hay una estandarización del instrumento, la duplicación impresa y la repetición de los datos, la baja calidad de la información. Sugerencias para un nuevo instrumento citan: la estandarización del impreso en la institución; Reunión de observaciones adicionales a los requisitos de enfermería; espacio para la inclusión de diagnóstico médico; modelo de desarrollo integrando lista de verificación y notas descriptivas, informatización; impreso solamente para el expediente controles (glucosa, los signos vitales, la eliminación). Se llegó a la conclusión de la necesidad de realizar más estudios sobre el tema, la realización de auditorías periódicas y el proceso de educación continua para mejorar la calidad de las notas, con el fortalecimiento y la mejora de la enfermería y los registros técnicos / auxiliares de enfermería recetas.

Descriptores: Registros de enfermería. El personal de enfermería. Enfermería. Procesos de enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACQAE	Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de enfermagem
CCR	Clínica Cirúrgica
CE	Controle de Eliminados
CG	Controle de Glicemia
CM	Clínica Médica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN/SC	Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina
COREN/SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CSV	Controle de Sinais Vitais
HU/UFSC	Hospital Universitário
LEA	Laboratório de Ensino de Estatística Aplicada
MAE	Método de Assistência de Enfermagem
NHB	Necessidades Humanas Básicas
OCE	Observações Complementares de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
PEnf	Prescrição de Enfermagem
PM	Prescrição Médica
PP	Prontuários dos Pacientes
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SSP	Serviço de Prontuário do Paciente
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação dos participantes da pesquisa por profissão e turno de trabalho, 2015.....**50**

Quadro 2 – Percentuais de satisfação segundo critérios utilizados na avaliação da qualidade dos registros de enfermagem pela Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de enfermagem (ACQAE) de um hospital universitário público em Londrina, PR, 2009 (BORSATO et al., 2011).....**52**

Manuscrito 1

Quadro 1 – Percentuais de satisfação segundo critérios utilizados na avaliação da qualidade dos registros de enfermagem pela Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de enfermagem (ACQAE) de um hospital universitário público em Londrina, PR, 2009 (BORSATO et al., 2011)..... **62**

Manuscrito 2

Quadro 1 – Sugestões de mudanças nos instrumentos de registro de enfermagem, propostas pelos profissionais entrevistados..... **93**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação geral da avaliação dos registros das ações de enfermagem nas folhas de observações complementares das unidades de internação adulto, referentes ao mês de abril – 2014, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.....	64
Tabela 2 – Registros de enfermagem correspondentes à resposta de prescrições de enfermagem, nas folhas de observações complementares, nas unidades de internação adulto no mês de abril – 2014, segundo os critérios de preenchimento dos impressos, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.....	67
Tabela 3 – Dados de registros de sinais vitais e eliminações, constantes no impresso “controle intensivo” em prontuários de pacientes adultos internados, no mês de abril – 2014, segundo os critérios de preenchimento dos impressos, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.....	69
Tabela 4 - Classificação da avaliação dos registros realizados em resposta às prescrições de HGT (hemoglicoteste), captados do impresso “controle glicêmico”, nas unidades de internação adulto, no mês de abril – 2014, segundo os critérios de preenchimento dos impressos, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.....	70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO, CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	27
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	33
3.1 REGISTRO DE ENFERMAGEM	33
3.1.1 O registro de Enfermagem no Brasil: breve histórico	34
3.1.2 O Registro de Enfermagem nas publicações científicas.....	39
3.2 COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE	41
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	45
4.2 CENÁRIO	45
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	47
4.4 COLETA DOS DADOS	47
4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	51
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	53
5 RESULTADOS.....	55
5.1 MANUSCRITO 1 – AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	55
5.2 MANUSCRITO 2 – REGISTROS DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES	81
5.3 INDICATIVOS PARA UM INSTRUMENTO DE REGISTRO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO	108
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES.....	127
ANEXOS	145

1 INTRODUÇÃO, CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A enfermagem, como uma profissão fundamental para a construção de uma assistência de saúde de qualidade, vem acompanhando profundas e importantes mudanças nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações interpessoais e principalmente na maneira de organizar os serviços. Ao longo dos anos, a organização da assistência de enfermagem, associada ao modelo de gestão tradicional, baseou-se em contradições geradas por uma estrutura rígida, linear, excessivamente especializada, com funções rotineiras e pouco desafiadoras (NASCIMENTO et al., 2008).

Na década de 60, surgiram as primeiras teorias de enfermagem, com o intuito de estabelecerem bases de uma ciência de enfermagem, saindo da fase empírica para a científica, sistematizando seus conhecimentos. Na década de 70, no Brasil, Wanda de Aguiar Horta destacou-se com os estudos sobre o Processo de Enfermagem, até então presentes na enfermagem norte-americana, elaborando uma Teoria de Enfermagem baseada na Teoria da Motivação Humana de Maslow, que se fundamentava nas necessidades humanas básicas, objetivando organizar o serviço de enfermagem e garantir a autonomia profissional através da sistematização do processo de enfermagem (HORTA, 2005).

Em sua publicação “Processo de Enfermagem” de 1979, Wanda Horta define que para uma atuação eficiente da enfermagem, esta necessita desenvolver sua metodologia de trabalho, fundamentada no método científico (HORTA, 2005). A partir de então, vários estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo realizados pela enfermagem brasileira, aplicados aos diferentes campos de atuação destes profissionais.

Em meio a este cenário de desenvolvimento da profissão, em 1980 foi fundado o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU, que teve desde o início a enfermagem muito presente. Para a implantação e operacionalização do cuidar, professores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e enfermeiros do HU elaboraram o Método de Assistência de Enfermagem - MAE, para registro das ações de enfermagem no prontuário único orientado para o problema, baseado na proposta de Laurence Weed. Para orientar a atuação de enfermagem optou-se à época pela adoção da Teoria de Wanda de Aguiar Horta (HU/UFSC, 1980).

Segundo Leopardi (2006), o MAE é um caminho, um modo de conduzir o trabalho, uma escolha implicada com valores, conceitos e finalidades do cuidado. O MAE elaborado para o planejamento da

assistência de enfermagem no HU/UFSC, conta com 4 fases que são registradas no prontuário do paciente (histórico de enfermagem, definição dos problemas de enfermagem, prescrição de enfermagem, e evolução de enfermagem), além da fase de implementação do cuidado. A fase de implementação do cuidado faz parte do processo de enfermagem e é realizada pelos diversos agentes da equipe de enfermagem, porém grande parte dos cuidados diretos ao paciente é prestada por técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem habitualmente registram suas ações e as intercorrências com pacientes em impressos específicos do prontuário.

No HU/UFSC, além dos impressos habituais do prontuário do paciente a Enfermagem elaborou o impresso intitulado “folha de Observações Complementares de Enfermagem” (ANEXO A), no qual a equipe de enfermagem, especialmente técnicos e auxiliares de enfermagem faz o registro diário das “queixas, sinais, sintomas, comportamentos, anormalidades, resultados da implementação dos cuidados de enfermagem de rotina e das prescrições médicas e de enfermagem” (HU/UFSC, 1980).

No processo de planejamento da assistência de enfermagem, o impresso “observações complementares de enfermagem” é utilizado pelos enfermeiros, para a realização das evoluções diárias dos pacientes associado a outras fontes de informação como o livro de registro de intercorrências da unidade, as informações da passagem de plantão, a visita diária e o exame físico dos pacientes e as informações fornecidas por outros profissionais de saúde. Todas estas são fontes fundamentais para informações acerca do cuidado ao paciente. Os dados registrados devem retratar diretamente os cuidados prestados pela equipe ao paciente, servindo como meio de comunicação, transmitindo dados para a equipe de saúde; como base para avaliação e planejamento das atividades; como indicador de qualidade; fonte de dados para pesquisas; sustentação de processos éticos e legais e para fins de auditoria.

No HU/UFSC, desde a implantação do MAE na década de 1980, o impresso Observações Complementares de Enfermagem não faz parte do Prontuário do Paciente. Historicamente, esta folha tem sido desprezada ainda nas unidades de internação, assim que o paciente recebe alta hospitalar. Esse fato foi, até determinado momento, considerado “natural” na instituição, uma vez que o método prevê que o enfermeiro diariamente realize a síntese destas anotações na evolução do paciente, a qual integra o prontuário (MATOS, 2006). Já na primeira metade dos anos de 1990, técnicos e auxiliares começaram um

movimento de valorização de suas anotações e reivindicaram a inclusão deste impresso no prontuário. Recentemente a Resolução COFEN 358/2009 coloca como obrigatório o registro das intervenções de enfermagem aos pacientes e a Resolução 429/2012 estabelece que estes registros, sejam guardados junto à documentação do paciente, no prontuário. Com isso desde 2013 estabeleceu-se, na instituição estudada, oficialmente que as OCE fossem mantidas no prontuário do paciente (COFEN, 2009).

A partir deste momento as observações complementares são anexadas ao prontuário, na alta hospitalar do paciente, e encaminhadas para o Serviço de Prontuário do Paciente, responsável pela organização e guarda destes documentos.

É fato, porém, que tanto as Observações Complementares como os demais registros de enfermagem no prontuário do paciente não são adequadamente valorizados pelos profissionais. As observações complementares especificamente, que contém importantes informações sobre o paciente e sua condição diária, são pouco valorizadas pelos profissionais de saúde e pelos enfermeiros. Na prática esse instrumento apresenta diversos problemas, como por exemplo, registros imprecisos, rasuras e outros, os quais dificultam sua credibilidade como documento oficial do prontuário. Outro entrave é que não existe atualmente um instrumento padronizado institucionalmente, nem mesmo por áreas assistenciais específicas, para o registro das Observações Complementares, pois, no decorrer dos anos, cada unidade de internação, de acordo com suas necessidades e especificidades, foi elaborando propostas e adotando modelos sem uma discussão institucional, e hoje existem mais de 10 alternativas deste impresso em uso na instituição.

Enquanto enfermeira de uma unidade de internação em clínica médica desde 2009, preocupa-me o descaso dos profissionais de enfermagem com as observações complementares, com a insuficiência de informações registradas na mesma, assim como a falta de cuidados com este instrumento fundamental para o registro das ações de enfermagem e consequentemente para a segurança do paciente.

Deste modo, entendo que é necessária a valorização deste instrumento e que este passa pelo envolvimento dos profissionais de enfermagem na construção de um modelo de registro das ações de enfermagem. Acredito que a anotação de enfermagem no prontuário do paciente na instituição é uma problemática a ser resolvida e é possível a construção coletiva de um instrumento único, que seja padronizado institucionalmente para as unidades de internação adulto, que atendem

pacientes com características similares. Nas discussões mais recentes sobre os registros de enfermagem, apresenta-se uma preocupação com a qualidade destes registros, tendo em vista que a transmissão correta e efetiva das informações relacionadas ao cuidado prestado reflete diretamente na segurança do paciente e na avaliação da assistência prestada. As questões éticas e legais que envolvem estes registros nos prontuários e as demandas judiciais, hoje mais expressivas no meio hospitalar, colocam a necessidade de conservar todos os registros acerca do cuidado ao paciente.

Dessa forma, este estudo tem como questão norteadora: Que indicativos podem contribuir para a efetivação de registros das ações de enfermagem, garantindo a segurança do paciente?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor indicativos para os registros das ações de enfermagem nas unidades de internação adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os registros das ações de enfermagem realizadas pela equipe de enfermagem no impresso “observações complementares de enfermagem” e no prontuário do paciente.

Levantar com a equipe de enfermagem os aspectos positivos e os negativos, assim como sugestões de mudanças nos registros das intervenções ações de enfermagem nas observações complementares de enfermagem e no prontuário do paciente.

Apontar indicativos para os registros das ações de enfermagem para unidades de internação adulto.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A revisão de literatura deste estudo foi composta por uma pesquisa nas bases de dados LILACS, BDNF e Scielo regional. Para a busca realizada nas bases de dados LILACS e BDNF foram utilizadas as seguintes combinações: ((“registros de enfermagem” OR “processos de enfermagem” OR sistematização) AND (enfermagem) AND (instance: “regional”) AND (db: (“LILACS” OR “BDNF”) AND year_cluster: (“2009” OR “2010” OR “2011” OR “2012” OR “2013” OR “2014” OR “2015”) AND type: (“article”))). Para a procura na base de dados Scielo Regional, foram utilizadas as combinações: (“Registros de enfermagem” OR “Nursing Records” OR “registros de enfermeria” OR “Anotações de enfermagem” OR “Nursing documentation” OR “Anotaciones de enfermeria” OR “Processos de enfermagem” OR “Nursing Process” OR “Processos de enfermeria” OR “Sistematização OR Systematization OR Sistematizacion) AND (enfermagem OR nursing OR enfermeria OR enfermeira* OR nurses OR enfermeria*).

Foram considerados como universo da pesquisa os textos disponíveis gratuitamente, na íntegra na web, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, e que apresentaram relevância ao estudo, considerando o período de 2009 a abril de 2015.

Além disso, foram utilizadas outras referências bibliográficas significativas para o estudo como teses, dissertações, livros da área da enfermagem e outros artigos, provenientes deste e de períodos anteriores.

Dada às especificidades da enfermagem brasileira, na qual a equipe de enfermagem é composta por profissionais de formação superior e de ensino médio, nos bancos de dados nacionais a busca foi focada no registro realizado, principalmente, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, para identificar a forma como vem sendo realizado por estes, as fortalezas e fragilidades e os modelos utilizados. Estudos em língua inglesa e espanhola foram utilizados com a finalidade de enriquecer o entendimento acerca do registro de enfermagem e sua importância.

3.1 REGISTRO DE ENFERMAGEM

O prontuário do paciente é todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados e terapêuticas prestadas ao paciente por todos os profissionais envolvidos na

assistência. Para uma assistência de qualidade, o profissional de saúde precisa de acesso a informações corretas, organizadas, completas e disponíveis, com o objetivo de atender as legislações vigentes, garantir a continuidade da assistência, a segurança do paciente e dos profissionais, fornecer subsídios para o ensino/pesquisa e promover auditorias (COREN/SP, 2009).

Carrijo e Oguisso (2006) caracterizam registros de enfermagem como, anotações de enfermagem destinadas a toda a equipe de saúde, responsáveis pela efetivação do Processo de Enfermagem (PE) ou a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Baseadas em Gonçalves (2001), as pesquisadoras classificam os registros em: Gráficos - nos quais os parâmetros vitais são facilmente visualizados; Sinais Gráficos de checagem das prescrições de enfermagem e médicas; Anotações Descritivas - que são compostas por dados numéricos de ordem biológica e Narração Escrita - registrando todos os tipos de cuidados prestados com paciente e família.

Neste estudo os registros de enfermagem são entendidos como todas as comunicações acerca de intercorrências do paciente em determinado espaço de tempo, além dos registros de tratamentos administrados e cuidados prestados. São indispensáveis para o tratamento/cuidado seguro do paciente no ambiente hospitalar. Compreendem as anotações de auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros em impressos próprios do prontuário do paciente e da instituição, e compõem em seu todo a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

3.1.1 O registro de Enfermagem no Brasil: breve histórico

Segundo estudo de Carrijo e Oguisso (2006) sobre a “Trajetória das Anotações de Enfermagem”, desde a década de 50 já haviam publicações em base de dados que falavam a respeito do prontuário, na época utilizando o termo “prontuário médico”, discutindo-se a importância do registro para o progresso da ciência médica. Porém, foi na década de 60, no XXI Congresso Brasileiro de Enfermagem que o tema “Comunicação na Enfermagem” foi discutido amplamente pela primeira vez, destacando-se a importância do registro de enfermagem como meio essencial para comunicação escrita entre a equipe de saúde.

Em 1961, o decreto nº 50.387/61 regulamentou a Lei nº 2.604/55 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional, e, em seu Art. 14, tratou como dever de todo

profissional de enfermagem “manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo quanto se relacionar com o doente e com a Enfermagem” (BRASIL, 2013).

Nas décadas seguintes, o tema começa a aparecer com mais frequência nas publicações nacionais e estudos de caso, discutindo a importância do registro de enfermagem, sobretudo as anotações, como meio capaz de avaliar a qualidade da assistência prestada, para fins de pesquisa e auditoria (CARRIJO; OGUISSO, 2006).

Na década de 70, Wanda de Aguiar Horta (2005) propôs no Brasil, a partir da publicação do seu livro “Processo de Enfermagem”, uma metodologia baseada na Teoria da Motivação Humana de Maslow e na Classificação das Necessidades Básicas de Mohana, a qual denominou o Processo de Enfermagem. Segundo Horta (2005, p.35) Processo de Enfermagem “é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”, caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas 6 fases ou passos: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico.

Em 1987, o decreto 94.406/87, regulamenta a Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Em seu Art. 14, incumbe a todo profissional de enfermagem cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia e anotar no prontuário do paciente as atividades referentes à assistência de Enfermagem (BRASIL, 2013).

Em um parecer técnico realizado pelo COREN-SC em 2006, é destacado o fato dos registros realizados pelos profissionais de enfermagem, relativos ao estado de saúde do cliente, fazerem parte do cuidado propriamente dito, sendo a forma de realizá-los estabelecida pela instituição de saúde e devendo ser seguida por todos os profissionais que nela trabalham (COREN/SC, 2006).

Ainda neste parecer, o COREN-SC reforça que as anotações devem ser completas no que diz respeito à identificação de problemas relativos às áreas psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, e às ações executadas. Como líder da equipe, o Enfermeiro deve valorizar as anotações de enfermagem e supervisionar esta tarefa quando efetuada por pessoal de outros níveis de formação, complementando-as quando necessário (COREN/SC, 2006). Observa-se que conforme o parecer cabe ao enfermeiro complementar as anotações da equipe de enfermagem, o que implica que as mesmas devem ser mantidas no prontuário do paciente, conforme o registro de quem realizou o cuidado, ou seja, o técnico ou auxiliar de enfermagem.

No ano seguinte, o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, na Resolução 311/07, aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e prevê, nas responsabilidades e deveres dos profissionais de enfermagem:

Art.16. Garantir a continuidade da assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Art.25. Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art.41. Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias a assegurar a continuidade da assistência.

Art.54. Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Art.72. Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

A Resolução dispõe ainda nos Artigos 42 e 80 a proibição aos profissionais de enfermagem assinar ações que não executaram ou permitirem que suas ações sejam assinadas por outro profissional, bem como delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de enfermagem ou de saúde, que não seja o enfermeiro (COFEN, 2007).

Em 2002 a resolução COFEN n. 272 dispõe sobre a implementação e registro formal da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em toda instituição de saúde, pública e privada, sendo que a resolução COFEN n. 358/2009 revoga a primeira, reafirmando alguns preceitos desta e define Sistematização da Assistência de Enfermagem como a organização do “trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem” – PE, abordado similarmente em Leopardi (2006) (COFEN, 2002; 2007; LEOPARDI, 2006).

O Processo de Enfermagem é definido nesta resolução, como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, e é organizado em 5 etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de

Enfermagem. Segundo os artigos 4º e 5º da Resolução, cabe ao enfermeiro liderar a execução e avaliação do PE de modo a alcançar os resultados esperados, sendo privativo dele o diagnóstico, a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem (COFEN, 2009).

Os técnicos e auxiliares de enfermagem participam na execução do PE sob a supervisão e orientação do Enfermeiro. No artigo 6º da resolução destaca-se a obrigatoriedade de registrar formalmente a execução do PE envolvendo o resumo dos dados coletados sobre a pessoa/família ou coletividade humana; os diagnósticos de enfermagem; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas e os resultados alcançados como consequência das ações realizadas (COFEN, 2009).

Em 2012, o COFEN delibera a resolução 429, que dispõe sobre o Registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte, tradicional ou eletrônico. Define nos seus Art. 1º e 2º como “responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem registrar”, seja no prontuário do paciente ou em documento próprio da instituição, “as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho”, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência prestada (COFEN, 2012).

Segundo Carrijo e Oguisso (2006), com Wanda de Aguiar Horta, o Brasil conquistou um modelo de sistematização da assistência e, deste modo, do registro de enfermagem. O Processo de enfermagem vem sendo desenvolvido e aprimorado nas instituições, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico, viabilizando a organização da assistência de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009). Considera-se, contudo, que a efetividade de um registro com a qualidade requerida ainda é um desafio a ser conquistado e constante motivo de preocupação com a formação e identidade profissional da enfermagem (CARRIJO; OGUISSO, 2006).

Segundo Setz e D’Innocenzo (2009), há uma correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado, sendo que esta inclui não só a formação do profissional de enfermagem como o processo de restauração da saúde do cliente ou a melhoria das condições de vida, as orientações quanto ao autocuidado, a simplificação e a segurança nos procedimentos de enfermagem, mas também o resultado do produto hospitalar, medido por meio da qualidade da documentação e do registro das ações assistenciais, refletindo a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho. A anotação estabelece uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais

envolvidos no cuidado ao ser humano, serve de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente, constitui fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada, auxilia o acompanhamento da evolução do paciente, constitui documento legal, tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem referente à assistência prestada, contribui para a auditoria de enfermagem e colabora para o ensino e pesquisa em enfermagem.

No prontuário do paciente é que estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante a internação. A evolução, reações e anseios do paciente devem ser registrados, utilizando-se termos que expliquem os fatos de maneira clara. A equipe de enfermagem deve prever o tempo para fazer os registros no prontuário de cada paciente, pois fazem parte das suas responsabilidades legais. O entendimento de um texto pode ser dificultado por frases mal elaboradas, pelo uso de palavras que podem gerar múltiplos sentidos ou pelo emprego de termos muito próprios de uma área de conhecimento (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

O prontuário do paciente possui hoje uma grande quantidade de registros, englobando questões administrativas, resultados de exames laboratoriais, radiológicos e outros, histórico de sua doença e de seus familiares, prescrições e evoluções médicas e os registros de enfermagem, resultantes do PE, realizados exclusivamente pelos enfermeiros, e pelas anotações de enfermagem, produzidas por toda equipe (CARRIJO, OGUISSO, 2006). A preocupação por uma anotação de enfermagem com qualidade tem motivado pesquisadores a lutarem por registros mais substanciais em termos de conteúdo, forma, consistência, entendimento, legibilidade, entre outras características, sendo que eles expõem problemas e sugerem a necessária mudança dos registros de enfermagem realizados não somente pelos enfermeiros, como também pela equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem (BORSATO et al., 2011; SEIGNEMARTIN et al., 2013; NASCIMENTO, 2014).

Neste sentido, as anotações de enfermagem são indispensáveis no prontuário do paciente, como parte da documentação do processo de saúde/doença, especialmente considerando que a equipe de enfermagem acompanha todo esse processo de forma mais integral, pela permanência na unidade hospitalar durante 24 horas, garantindo qualidade e fidedignidade em suas observações.

Porém, estudos realizados a partir das anotações de enfermagem, nem sempre mostram resultados satisfatórios em relação à qualidade da

assistência oferecida ao paciente e ao cumprimento das normas e legislações.

3.1.2 O Registro de Enfermagem nas publicações científicas

Os estudos mostraram que a documentação do Processo de Enfermagem (PE) vem sendo implantado e implementado de forma bastante difusa nas instituições de saúde brasileiras, em maior número em instituições públicas, sendo também uma realidade em outros países (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; SETZ; D'INNOCENZO, 2009; MOLINA, 2010; NEVES; SHIMIZU, 2010; FRANCO; AKEMI, D'INOCENTO, 2012; OLIVEIRA et al., 2012; HUITZI-EGILEGOR et al., 2012; MOLINA-GRANERO et al., 2012; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013; HAAPOJA, 2014).

Os profissionais de enfermagem, em especial os enfermeiros, têm conhecimento acerca da PE, porém os resultados mostraram que os mesmos têm dificuldade na operacionalização do método ou poucos o utilizam, priorizando as ações do dia a dia (SETZ; D'INNOCENZO, 2009; OLIVEIRA et al., 2012; HUITZI-EGILEGOR et al., 2012; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013; FIGUEIREDO et al., 2014; SHEWANGIZAW; MERSHA, 2015).

Estes resultados confirmam dados de um estudo que afirma que apesar dos avanços no Brasil em relação a pesquisas envolvendo a implementação e aplicabilidade do PE, percebe-se ainda que muitas instituições não o aplicam por fragilidade do conhecimento teórico-prático dos profissionais de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2012). Este dado vai ao encontro com um estudo desenvolvido na Etiópia, onde foi identificado que enfermeiros experientes são 8,78 vezes mais propensos à implementação do Processo de Enfermagem - PE do que aqueles sem prática (SHEWANGIZAW; MERSHA, 2015).

Além disto, são inúmeras as dificuldades para implantação e implementação do PE, tais como: escassez de recursos humanos, alta rotatividade de profissionais de enfermagem, excesso de atividades administrativas do enfermeiro, resistência da equipe de saúde, inclusive de enfermeiros, falta de capacitação específica e falta de domínio para a realização de algumas etapas como o diagnóstico; déficit na formação e na iniciativa profissional; em alguns casos pouco apoio institucional (OLIVEIRA et al., 2012; MOLINA-GRANERO et al., 2012, PENEDO; SPIRI, 2014; DUQUE, 2014; SHEWANGIZAW; MERSHA, 2015).

Em suma, constatou-se que a implementação do PE ocorre de forma ainda bastante fragmentada, o que indica a necessidade de uma reorganização da sistematização, sobretudo por meio do investimento na educação permanente dos enfermeiros e profissionais de enfermagem de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem). Além disso, necessita-se de um processo constante de avaliação da implantação/implementação do PE, na perspectiva do compromisso da avaliação da qualidade do processo de cuidado em saúde (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009; NEVES; SHIMIZU, 2012).

Já em relação à qualidade dos registros de enfermagem, notou-se que em grande parte das instituições, não há conformidade dos registros com a exigência legal, além de muitas vezes estes estarem incompletos, incorretos ou mesmo ausentes (SILVEIRA; LIMA, 2009; SETZ; D'INNOCENZO, 2009; FERREIRA et al., 2009; OLIVEIRA; CADETTE, 2009; FERNANDES et al., 2010; COSTA; PAZ; SOUZA, 2010; BORSATO et al., 2011). Um estudo numa unidade de semi-intensiva onde foram avaliados 6 itens em relação aos registros: Dados de Identificação, Prescrição de Enfermagem, Procedimentos de Enfermagem, Registros de Enfermagem, Execução de Ordens Médicas e Unidade de Terapia Intensiva, indica que nenhum obteve critério de bom padrão de qualidade (SILVA et al., 2012).

Estudos mostraram diversos fatores condicionantes da má-qualidade dos registros de enfermagem, como, por exemplo, num atendimento pré-hospitalar móvel, onde técnicos e auxiliares de enfermagem possuíam déficit no conhecimento científico acerca da avaliação de dificuldade respiratória de crianças, com posterior déficit no registro. O estudo constatou ainda que após capacitações da equipe em relação ao tema, houve melhora dos registros de enfermagem (SILVEIRA; LIMA, 2009).

Em outro estudo sobre anotações relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar, constatou-se que dos 144 prontuários analisados, 51,4% não possuíam quaisquer registro do evento, fato que pode estar relacionado ao déficit de profissionais nas instituições e a não valorização do registro (FERNANDES et al., 2010).

Esses dados vão ao encontro de um estudo de revisão, no qual consta que anotações realizadas manualmente por enfermeiros nos prontuários dos pacientes revelaram registros sem qualidade, sem sequência lógica, e que não representavam a situação clínica do paciente. Os registros eram muitas vezes inconsistentes, ilegíveis, subjetivos e escassos de conteúdo (SOUZA; DAL SASSO; BARRA, 2012). Somado a isto, de acordo com o estudo de Maziero e outros

(2013), anotações referentes a controles de rotinas supervisionados por enfermeiros e prescritos por ele foram registradas de forma satisfatória; em contrapartida, situações que devem ser observadas e registradas no momento em que acontecem durante o plantão, como intercorrências, acabam anotadas de forma incompleta.

Alguns estudos destacaram ainda a importância da implantação de auditorias e avaliações dos serviços de saúde, fortalecendo a melhoria da qualidade ao cuidado e evidenciando erros e acertos nos registros de enfermagem (SETZ; D'INNOCENZO, 2009; FERREIRA et al., 2009; FRANCO; AKEMI; D'INOCENTO, 2012).

Também os registros de enfermagem são citados na literatura como meios para assegurar as contas hospitalares e evitar glosas. Sobre este aspecto, os estudos de Ferreira e colaboradores (2009) trouxeram o impacto causado pelo não registro de enfermagem, como por exemplo, as glosas de contas hospitalares, numa instituição privada no Rio de Janeiro. Em 2 meses, houve perda em real de R\$ 8.551,07 com medicamentos, R\$ 3.919,41 com taxas e aluguéis e R\$ 3.614,80 com materiais.

As diversas colocações acima reforçam a importância dos registros de enfermagem, seja para indicar a qualidade da assistência prestada e comprovar a boa prática profissional, para servir de documentação das atividades exercidas, fornecer informações específicas para a equipe de saúde, dando continuidade do cuidado, além de subsidiar a elaboração de um plano assistencial efetivo e individualizado; servir legalmente como base para questões jurídicas, educacionais e de pesquisa, para gerenciamento de recursos e para cumprir com a exigência ético-legal da profissão de enfermagem (MAZIERO et al., 2013), justificando a necessidade de estudos nessa área.

3.2 COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE

O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições, assim como de políticas governamentais fiscalizadoras, exigindo um esforço conjunto e permanente. Para que o cuidado seja seguro, é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro e

que seja inserida sistematicamente em todo o processo de cuidado. (REBRAENSP/RS, 2013).

Na área da saúde, a comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na assistência. A segurança do paciente tornou-se uma preocupação mundial e a necessidade de estabelecer uma linguagem comum aos profissionais de saúde para estabelecer uma comunicação efetiva, levou a realização e ampla divulgação de estudos, com o objetivo de padronizar terminologias, a exemplo do International Classification for Patient Safety em 2009 (WHO, 2009).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 2014).

No ambiente hospitalar, predomina a comunicação técnica pela alta especificidade característica desta instituição. Desta forma, é necessário um esforço dos profissionais envolvidos no tratamento de um paciente para que estejam preparados para receber e repassar as informações, e assim, estabelecer uma comunicação efetiva. Para que isto ocorra, são necessários conhecimentos, habilidades, atitudes e comprometimento por parte das equipes. Um requisito essencial para a continuidade da assistência e a segurança do paciente é a comunicação consistente entre os profissionais de uma equipe para a outra, entre os turnos de trabalho e especialmente entre profissionais e pacientes/familiares. Enquanto os profissionais se alternam, o paciente e muitas vezes o familiar permanecem os mesmos, sendo nessa perspectiva, elementos chaves para assegurar a continuidade do cuidado (REBRAENSP/RS, 2013).

A proteção dos pacientes à eventos adversos é uma responsabilidade dos profissionais, da equipe de saúde, das instituições e do sistema de saúde. Na construção da cultura de segurança, a formação acadêmica e a educação permanente dos profissionais da saúde destacam-se como componentes essenciais. Recomendações mundiais de mudança no preparo profissional têm sido dirigidas às profissões da área da saúde como um todo, destacando o cuidado centrado no paciente, o trabalho em equipe, a prática baseada em evidências, a melhora da qualidade e o uso da informática como as cinco áreas de

competências a serem integradas na formação (REBRAENSP/RS, 2013).

No Brasil, a partir da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em abril de 2013, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, começou a incentivar a inserção de conteúdos sobre segurança do paciente em cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação na área da saúde.

A segurança do paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado. Mesmo sendo um conceito relativamente novo tanto na área assistencial como na educação de profissionais da saúde, a preocupação com a segurança do paciente já se tornou um expressivo movimento mundial. Os programas de acreditação hospitalar têm contribuído muito para difundir princípios e práticas de segurança do paciente, além de incentivarem mudanças administrativas em todos os setores das instituições de modo a reduzir riscos e potencializar o cuidado seguro dos pacientes (REBRAENSP/RS, 2013; BRASIL, 2014).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, de natureza exploratório-descritiva.

A pesquisa de métodos mistos envolve suposições filosóficas que orientam a direção da coleta e da análise de dados e a mistura das abordagens qualitativa e quantitativa nas diversas fases do processo da pesquisa. Como um método, concentra-se em coletar, analisar e misturar dados quantitativos e qualitativos em um único estudo, proporcionando um melhor entendimento do problema de pesquisa, do que se fosse utilizar cada abordagem separadamente (CRESWELL; CLARCK, 2013, p. 22).

4.2 CENÁRIO

O local escolhido para o desenvolvimento do estudo foi o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), caracterizado como hospital geral, vinculado ao Serviço Público Federal e que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O HU/UFSC é um hospital – escola e possui no momento 200 leitos ativos, sendo estruturado em quatro áreas básicas: clínica médica, cirúrgica, pediatria e tocoginecologia, atendendo em unidades de Emergência 24h, Ambulatório especializado nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Transplante Hepático, Bariátrica, Dermatologia, Psiquiatria, Ortopedia, Neurologia, Oncohematologia, Cardiologia, Reumatologia, Ginecologia e Pediatria, 4 unidades de internação adulto, 1 unidade de internação pediátrica, Internação e Emergência ginecológica, UTI adulto e neonatal, Centro Cirúrgico, Central de Materiais e Esterilização, Centro Obstétrico e ainda aloca o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina.

O estudo foi realizado nas 4 unidades de internação adulto: Unidade de Internação Clínica Médica 1 (CM1), Unidade de Internação Clínica Médica 2 (CM2), Unidade de Internação Clínica Cirúrgica 1 (CCR-1) e Unidade de Internação Clínica Cirúrgica 2 (CCR-2), que atendem pacientes cirúrgicos e de clínica médica.

Na ocasião de coleta de dados, a unidade de internação clínica médica 1 contava com 21 leitos de atendimento a pacientes de clínica médica, gastroenterologia, pneumologia e reumatologia; A CM2 possuía 25 leitos, atendendo as especialidades de clínica médica, neurologia, reumatologia, hematologia, gastroenterologia e pneumologia. As unidades cirúrgicas com 30 leitos cada totalizaram 60 leitos sendo que a CCR1 atende as especialidades de cirurgia geral, bariátrica e transplante hepático e a CCR2 atende proctologia, vascular, plástica, urologia, ortopedia e clínica médica, somando 106 leitos ao total.

A estrutura física destas unidades é semelhante, sendo que todas contam com posto de enfermagem, rouparia, expurgo, copa, vestiário e quarto de repouso para funcionários, sala de curativos e de medicação. Os quartos possuem 2 ou 4 leitos e 1 banheiro. Cada unidade assistencial conta com uma estrutura de pessoal para a prestação do cuidado, sendo que, têm uma chefia de serviço de enfermagem para cada.

O MAE é realizado em todas as unidades seguindo o documento da Diretoria de Enfermagem que orienta acerca do tema e que prevê a realização do histórico de enfermagem nas primeiras 24h de internação com prescrição de enfermagem subsequente. No histórico é realizada a etapa 2 do Processo de Enfermagem que é a identificação dos problemas, para os quais, são prescritos os cuidados. Depois disso, os cuidados previstos na prescrição de enfermagem são implementados e o enfermeiro evolui a resposta do paciente aos cuidados de enfermagem a cada 24h. Na proposta de MAE da instituição, desde a chegada do paciente à unidade até a alta, em cada turno de trabalho, deve ser realizado pelo menos 1 anotação de enfermagem por turno: manhã, tarde e noite e os cuidados como sinais vitais e outros, devem ser anotados a cada turno em impressos exclusivos no prontuário do paciente.

Para a realização da anotação a cada turno, os profissionais de enfermagem, utilizam um impresso, chamado Observações Complementares (Anexo A). Embora esteja previsto um instrumento único para as Observações Complementares, na atualidade este impresso é diferenciado nas unidades de CM2 e CCR2 (Anexo B). Os dados de Sinais Vitais e Eliminações são também registrados num impresso chamado de Controle Intensivo (Anexo C), e as glicemias, dependendo da unidade, são anotadas neste mesmo controle ou num específico, conforme Anexo D.

Neste estudo as observações complementares de enfermagem – OCE e os dados do prontuário do paciente registrados nos demais impressos formaram o objeto de investigação.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em dois momentos distintos utilizando-se no primeiro momento de dados documentais de prontuários de pacientes internados nas clínicas de internação adulto e um segundo momento em que foram entrevistados profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares) das unidades em estudo.

Deste modo fizeram parte da pesquisa 2 grupos de sujeitos: os pacientes internados nas unidades estudadas que autorizaram o manuseio e coleta de dados de seus prontuários. Na inclusão dos sujeitos deste grupo considerou-se: estar internado a mais de 48h no dia da coleta de dados, pois a instituição prevê 24h para a realização do histórico de enfermagem e a respectiva prescrição, que neste estudo ofereceram parâmetros para avaliação dos registros de técnicos e auxiliares de enfermagem; ser maior de 18 anos e ter condições de autorizar o manuseio do prontuário (ele ou representante legal). Foram excluídos os pacientes que não aceitaram participar do estudo e os que não puderam dar seu consentimento e que não tinham nenhum representante legal que o pudesse fazer. Os participantes totalizaram 66 pacientes/prontuários, sendo que nestes foram avaliados 321 anotações de enfermagem.

No segundo grupo de participantes estiveram os profissionais de enfermagem que atuam nas unidades estudadas, que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa, totalizando 8 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem.

Foram excluídos os profissionais que estavam afastados para tratamento de saúde, licença maternidade, licença prêmio e/ou outros motivos que impossibilitaram o acesso a essas pessoas no momento estabelecido para a coleta de dados.

4.4 COLETA DOS DADOS

Neste estudo a coleta de dados foi realizada pela utilização de 2 instrumentos: a análise documental e a entrevista semiestruturada com os integrantes da equipe de enfermagem.

A primeira etapa, caracterizada pelo estudo documental consistiu na identificação e avaliação dos registros realizados por técnicos e

auxiliares de enfermagem nas folhas de Observações Complementares e no Prontuário do paciente.

Para essa coleta foi elaborado um instrumento de captação dos registros de enfermagem (apêndice A), baseado nos parâmetros assistenciais da instituição, nas prescrições médicas e de enfermagem, na literatura atual, com ênfase no formulário para auditoria das anotações de enfermagem elaborado na tese de Maria do Carmos L. Haddad (2004), desenvolvida em Ribeirão Preto – SP e na Resolução COFEN nº 429/2012 que dispõe sobre o registro das ações profissionais (COFEN, 2012). Essa etapa tem a finalidade de verificar e analisar a completude dos registros de enfermagem, as fortalezas e fragilidades dos registros realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Essa etapa foi realizada durante 15 dias consecutivos, no mês de abril de 2014, quando diariamente a pesquisadora se reportou até os prontuários e folhas de OCE nas unidades de internação adultos do HU, e através do roteiro estabelecido buscou identificar o que os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem registraram de suas ações e das intercorrências do paciente, relacionando estas anotações com as prescrições e evoluções médicas e de enfermagem e com o livro de registro de intercorrências, utilizado pelas enfermeiras de cada unidade.

Para a seleção das anotações a serem avaliadas foi considerado uma média de ocupação diária de cada unidade em 75%, dado este fornecido pelo Serviço de Prontuário do Paciente – SPP/HU/UFSC. Sendo assim, foi estipulada uma quantidade de 10% de pacientes a serem selecionados diariamente em cada unidade, por intermédio de sorteio. Para a realização do sorteio foi utilizado o *SEstatNET*, um Sistema Especialista para Ensino-Aprendizagem de Estatística, desenvolvido no LEA (Laboratório de Ensino de Estatística Aplicada – INE – UFSC), que aborda os métodos de análise multivariada na modalidade de educação a distância (PAVAN, 2003).

Cada paciente sorteado foi identificado com a letra “P” maiúscula, seguido de um número ordinal, respeitando a sequência e anonimato (ex.: P1, P2, P3...). A coleta foi realizada no prontuário dos pacientes que autorizaram a consulta de seus prontuários e assinaram o TCLE (Apêndice B), este último podendo ser assinado também pelo seu responsável legal. Para isso os pacientes foram abordados pela pesquisadora que esclareceu os objetivos da pesquisa, os procedimentos que seriam realizados e de que modo se daria essa participação, se ele assim o desejasse.

Diariamente a pesquisadora dirigia-se a unidade, sorteava os pacientes e se dirigia a eles ou familiar para explicar a pesquisa, seus objetivos e solicitar autorização para a coleta de dados no prontuário. A coleta quando autorizada foi realizada considerando os registros dos últimos 3 turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), contemplando as intercorrências, tratamentos e cuidados das 24h que antecederam o momento da coleta de dados.

O instrumento de avaliação foi dividido em 3 partes a serem preenchidas: a identificação do paciente, as observações complementares/prescrições médicas e de enfermagem, o controle intensivo de sinais vitais/eliminados e glicemia. Na identificação do paciente, optou-se por registrar o número do prontuário, unidade de internação, quarto e leito, idade, sexo, data da internação, data da avaliação, diagnóstico médico e condição geral do paciente. Estes dois últimos itens foram registrados para que se tivesse uma noção da complexidade do cuidado que o paciente exigia no momento da realização das anotações.

Na segunda e terceira partes do formulário objetivou-se avaliar de forma sistemática alguns dados que deveriam constar nas anotações de enfermagem, segundo a orientação das resoluções do COFEN e da diretoria de enfermagem do HU. Na avaliação das observações complementares foram avaliados os dados de identificação do paciente, a legibilidade da escrita, a presença de data/horário/turno, número de COREN e assinatura, a linguagem utilizada (científica ou coloquial), se havia pelo menos um registro em cada turno, se as prescrições médicas e de enfermagem foram checadas, se as anotações realizadas respondiam os itens da prescrição de enfermagem e da prescrição médica, se evidenciavam prestação de cuidados de enfermagem, se evidenciavam a observação de sinais e sintomas, se havia anotação de admissão, transferência, alta ou óbito e de intercorrências ou situações novas não previstas nas prescrições de enfermagem. Na avaliação dos registros de sinais vitais, eliminações e glicemia, foi avaliado novamente a presença dos dados de identificação do paciente, a legibilidade da escrita, a presença de data/horário/turno, número de COREN e assinatura, a linguagem utilizada (científica ou coloquial), se havia pelo menos um registro em cada turno, se em caso de hipoglicemia, havia sido registrado realização do protocolo, se havia registro da administração de insulina quando esta se fez necessária e se as anotações respondiam as prescrições médica e de enfermagem (COFEN 2012, 2009, 2007; HU/UFSC, 1980).

Após elaboração do instrumento, este foi submetido a análise por duas enfermeiras da instituição para avaliação de sua aplicabilidade. Posteriormente foi realizado um teste piloto com dois prontuários de pacientes aleatórios, porém de complexidades diferenciadas, sendo necessários ajustes do instrumento em todas estas fases. Estes instrumentos foram descartados, não fazendo parte do presente estudo.

A segunda etapa da coleta de dados foi realizada através de entrevistas com a equipe de enfermagem com a utilização de um roteiro semiestruturado (Apêndices C e D), com o intuito de identificar aspectos positivos e negativos do atual instrumento de registro das ações de enfermagem e intercorrências do paciente, bem como sugestões de mudanças. O recurso da entrevista é muito utilizado em pesquisas na área da saúde e permite a obtenção de dados objetivos, como idade, e subjetivos, como valores e opiniões. A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, permitindo o entrevistado discorrer o tema proposto, sem, contudo utilizar de respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

Foram entrevistados 8 enfermeiros, sendo 4 chefes de unidade e 4 enfermeiros da assistência, 11 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem, conforme apresentado em quadro abaixo.

Quadro 1 - Apresentação dos participantes da pesquisa por profissão e turno de trabalho, 2015.

Profissional/Turno	Tarde	Noite	Manhã
Enfermeiro	3	1	4
Técnico Enf.	4	3	4
Auxiliar Enf.	1	1	

Fonte: Dados do estudo, 2015.

A escolha dos entrevistados foi intencional e esteve vinculada a ocupação exercida (técnico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem), ao turno de trabalho (manhã, tarde, noite) e a unidade de atuação de modo a contemplar a diversidade de profissionais e situações de trabalho, além da disponibilidade dos sujeitos de participar. A coleta de dados foi encerrada com a saturação dos dados.

Embora o estudo tenha se proposto a analisar os registros dos técnicos e auxiliares de enfermagem no impresso OCE e no prontuário do paciente, os enfermeiros foram incluídos como sujeitos do estudo

devido a fundamental importância que as anotações realizadas pelos técnicos e auxiliares têm para eles quando planejam e executam o processo de enfermagem.

As entrevistas foram gravadas mediante autorização prévia do entrevistado e transcritas posteriormente em programa de *word*, concomitantemente a realização de novas entrevistas. Todas as transcrições foram revisadas e apresentadas aos sujeitos da pesquisa para a validação das informações e a utilização na análise.

Com base nos dados do estudo obtidos pela análise dos prontuários, as entrevistas e os achados da literatura foi elaborada uma proposta de instrumento de registro das ações de enfermagem.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, as informações foram organizadas, dando visibilidade aos resultados do estudo e permitindo a análise dos dados.

A análise quantitativa foi realizada a partir dos dados provenientes dos prontuários do paciente, que foram coletados ordenadamente, em formulários pré-elaborados (apêndices A). Na finalização da coleta, os dados foram transcritos para uma planilha do Microsoft Excel com auxílio de um estatístico, para facilitar a visualização e organização dos mesmos.

Em seguida, foram realizados cálculos dos percentuais de preenchimento (PP) dos itens do instrumento e os registros foram analisados considerando o agrupamento dos mesmos em escalas: **completo** - quando correspondeu a 100% dos critérios de preenchimento, **incompleto** - quando correspondeu parcialmente aos critérios de preenchimento, **não preenchido** - aqueles que estavam em branco, **incorreto** - os que continham erros e **não se aplica** - quando o item não foi abordado.

Estes dados foram agrupados em tabelas, de acordo com cada item e turno. Os resultados, referentes a cada critério, foram avaliados segundo um percentual de positividade em relação ao padrão de qualidade dos registros de enfermagem. O quadro abaixo, construído por Borsato et al (2011), esclarece os critérios utilizados no presente estudo.

Quadro 2 – Percentuais de satisfação segundo critérios utilizados na avaliação da qualidade dos registros de enfermagem pela Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de enfermagem (ACQAE) de um hospital universitário público em Londrina, PR, 2009 (BORSATO et al., 2011).

Grau de Satisfação	Crítérios de Avaliação			
	Completo	Incompleto	Não-preenchido	Incorreto
Satisfatório	Acima de 80%	Abaixo de 15%	Abaixo de 5%	0%
Insatisfatório	Abaixo de 80%	Acima de 15%	Acima de 5%	Acima de 0%

Fonte: Adaptado de BORSATO et al., 2011. p. 529.

Na coleta de dados da etapa qualitativa, as entrevistas semiestruturadas foram gravadas através de 2 gravadores áudio digitais, possibilitando a transcrição dos dados posteriormente, em programa digital, no caso Microsoft Word, para compilação e visualização dos achados.

Depois de organizados, os dados foram analisados com base na análise de conteúdo sistematizada em Bardin (2011). Este tipo de análise agrega um “conjunto de técnicas de análises de comunicações” e a descrição analítica orienta-se por procedimentos sistemáticos “de descrição do conteúdo das mensagens”. A técnica é norteadas por regras, tais como: homogeneidade, exaustividade, exclusividade categorial, objetividade (diferentes codificadores desaguando em resultados iguais), adequação e pertinência ao conteúdo da pesquisa e objetivo (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo sistematizada por Bardin constitui-se de uma fase de pré-análise, seguida de descrição analítica e interpretação inferencial. Na fase de pré-análise o material foi preparado e organizado para uma leitura exaustiva do conteúdo coletado, a fim de apropriar-se deste, separando o conteúdo manifesto voltado para o objeto da pesquisa: os registros de enfermagem (BARDIN, 2011).

A fase analítica foi composta pela codificação, classificação e categorização. A codificação correspondeu ao tratamento que se deu aos dados no processo de observação sobre a frequência absoluta ou relativa dos dados brutos sobre os registros de enfermagem. Após a codificação foram realizadas leituras flutuantes para se buscar os elementos que se

repetem com mais frequência, os “núcleos de sentido” presentes nos conteúdos percorridos nos registros. Estes núcleos foram classificados e recortados em temas que se constituíram em unidades de registro, as quais foram categorizadas em: Aspectos positivos dos registros de enfermagem, Aspectos negativos dos registros de enfermagem e Um novo instrumento de registro de enfermagem – sugestões de mudança (BARDIN, 2011).

O processo de categorização corresponde à operação de classificação dos elementos extraídos do corpo do texto, realizado pela fase de diferenciação e de reagrupamento por analogia. Estas fases são sincrônicas e se estabelecem a partir de critérios claros: semântico, sintático, léxico ou expressivo. A interpretação inferencial, última etapa da análise, é realizada em processo dialógico entre as categorias extraídas e a realidade social (BARDIN, 2011).

Por fim, com base nos dados coletados e analisados, foram elaborados indicativos para um novo instrumento de registro das ações de enfermagem a ser integrado futuramente ao prontuário do paciente. Os indicativos serão encaminhados posteriormente à Comissão de Prontuário do Paciente da Instituição e à Direção de Enfermagem para apreciação.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a mesma foi norteada pela Resolução 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a qual preserva os direitos dos participantes, garantindo principalmente a confidencialidade, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça durante todo o decorrer da pesquisa, e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2013). Neste sentido, os participantes do estudo foram orientados acerca da pesquisa e de sua participação, e foi solicitado a cada participante da pesquisa, a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido redigido pela pesquisadora, conforme apêndices E (TCLE para Equipe de Enfermagem) e B (TCLE para pacientes).

Caso os participantes não pudessem/soubessem ler, a apresentação do TCLE foi realizada pela leitura do mesmo por alguém da confiança do paciente.

Os pacientes foram esclarecidos que sua participação na pesquisa se daria pela autorização da verificação dos registros realizados por

técnicos e auxiliares de enfermagem em seu prontuário, para uso das informações exclusivamente neste estudo, com fins de avaliação, formulação do instrumento e publicação através de artigos científicos.

Para preservar o anonimato dos participantes, na identificação dos prontuários dos pacientes, foi utilizado a letra P, seguida de números ordinais (ex. P1, P2...) e para identificar os profissionais entrevistados, foi utilizado a primeira letra maiúscula de cada categoria: E – enfermeiro, T – técnico e A – auxiliar, seguindo de números ordinais (ex. E1, T2, A2...).

A Pesquisa foi aprovada pela Direção do HU para ser realizada na instituição, conforme apêndice F, e foi submetida à análise e aprovação sob o ponto de vista ético ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº: 526.935 (Anexo E).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de dois manuscritos que, posteriormente, serão submetidos a periódicos científicos e um produto. Este procedimento atende às exigências do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, conforme Instrução Normativa 003/MPENF/2011.

O primeiro artigo refere-se à avaliação dos registros de técnicos e auxiliares de enfermagem nas unidades de internação adulto de um hospital universitário e o segundo manuscrito discute a perspectiva dos trabalhadores de enfermagem sobre o registro dos técnicos e auxiliares no prontuário do paciente. Por fim, como produto, está a proposta de instrumento para o registro de técnicos e auxiliares de enfermagem no prontuário do paciente internado em unidades de internação adulto do HU/UFSC.

5.1 MANUSCRITO 1 – AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Isabel Berns Kuiava¹
Eliane Matos²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar os registros das ações de enfermagem realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem no impresso “observações complementares de enfermagem” e no prontuário dos pacientes. O estudo quantitativo descritivo, foi realizado a partir dos registros das ações de enfermagem aos pacientes internados em quatro unidades de internação de adultos de um Hospital Universitário, localizado no Sul do Brasil. O estudo foi realizado considerando 66 prontuários de pacientes, sendo analisados 319

¹ Enfermeira. Mestranda Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). e-mail: isaberns@gmail.com. Endereço: Rua da Capela, 487, casa 11 – Campeche, Florianópolis. CEP: 88063400.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). e-mail: elianematos@hotmail.com

registros de enfermagem, durante 15 dias consecutivos, no mês de abril de 2015. Constata-se resultados positivos em relação à legibilidade e compreensão da escrita, a presença de anotações, com evidências de prestação de cuidados e de observação de sinais e sintomas, assim como a checagem das prescrições médica e de enfermagem. Negativamente constata-se registros incompletos ou incorretos, além da ausência destes, a fragilidade da identificação do profissional e do paciente, registro de data e hora, objetividade e cientificidade da escrita e qualidade das informações, que se apresentaram majoritariamente incompletos e/ou incorretos. Quanto às respostas às prescrições de enfermagem, os resultados foram insatisfatórios, principalmente em relação às necessidades humanas básicas de hidratação, atividade física e mecânica corporal, integridade cutâneo-mucosa, cuidado corporal e segurança física, com grande percentual de registros não preenchidos. Concluiu-se da necessidade de educação permanente que estimule registros de qualidade, auditorias frequentes, além de valorização das prescrições de enfermagem, frente à equipe.

Descritores: Registros de Enfermagem. Equipe de Enfermagem. Enfermagem. Processos de Enfermagem.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the records of nursing actions performed by technicians and nursing assistants in the printed "complementary observations of nursing" and the patients' medical records. The descriptive quantitative study was performed from the records of nursing actions to inpatients in four adult inpatient units of a University Hospital, located in Southern Brazil. The study was performed considering 66 medical records of patients, analyzed 319 nursing records for 15 consecutive days in April 2015. There has been positive regarding the readability and understanding of writing, the presence of notes, with evidence of care and observation of signs and symptoms, as well as the checking of medical and nursing prescriptions. Negatively notes that there were incomplete or incorrect records and beside of the absence of these, the fragility of the professional identification and patient, date and time, writing objectivity and scientific and quality of information, which had largely incomplete and / or incorrect. About the answers to nursing prescriptions, the results were unsatisfactory, especially in relation to basic human needs like

hydration, physical activity and body mechanics, skin integrity, body care and physical safety with a high percentage of unfilled records. The conclusion was that the ongoing education is needed to stimulate quality records, frequent audits, and appreciation of nursing prescriptions, front of the nursing staff.

Descriptors: Nursing. Nursing staff. Nursing records. Nursing processes.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar los registros de las acciones llevadas a cabo por los técnicos de enfermería y auxiliares de enfermería en los impresos "observaciones complementarias de enfermería" y los registros de los pacientes. El estudio cuantitativo descriptivo, realizado a partir de los registros de las acciones de enfermería a los pacientes en cuatro unidades de hospitalización de adultos de un hospital universitario, que se encuentra en el sur de Brasil. El estudio se realizó teniendo en cuenta 66 historias clínicas de los pacientes, se analizaron 319 registros de enfermería durante 15 días consecutivos en abril de 2015. No ha sido positiva en cuanto a la facilidad de lectura y comprensión de la escritura, la presencia de notas, con la evidencia de la atención y la observación de los signos y síntomas, así como la verificación de las prescripciones médicas y de enfermería. Negativamente notas eran registros incompletos o incorrectos y la ausencia de estos, la fragilidad de la identificación profesional y paciente, la fecha y la hora, escribiendo la objetividad y la calidad científica y de información, que tenía muy incompleta y / o incorrecta. En cuanto a las respuestas a las prescripciones de enfermería, los resultados no fueron satisfactorios, especialmente en relación con la hidratación básica de las necesidades humanas, la actividad física y la mecánica del cuerpo, la integridad de la piel, cuidado del cuerpo y la seguridad física con un alto porcentaje de registros sin llenar. La conclusión fue la necesidad de educación continua que anima a los registros de calidad, auditorías frecuentes, y la recuperación de las recetas de enfermería frente del equipo.

Descriptores: Registros de enfermería. El personal de enfermería. Enfermería. procesos de enfermería.

INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) está prevista na Resolução COFEN 358/2009, que a institui como obrigatória para todas as instituições de saúde onde se desenvolve o trabalho de enfermagem. Nos locais em que a SAE é documentada, conforme prevê a Resolução COFEN n. 429/2012, os profissionais de enfermagem tem a responsabilidade de registrar as ações e intercorrências do paciente a cada turno de trabalho e o enfermeiro é o profissional que sistematiza o conjunto desses registros (COFEN, 2009; 2012a).

Os registros de enfermagem oferecem maior visibilidade à profissão de enfermagem, pois convergem para a comunicação do planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem. Além disso, refletem a produtividade da equipe de enfermagem, possibilitam dados estatísticos acerca dos atendimentos e servem como fonte de consulta para auditorias de enfermagem (COFEN, 2012b; MOLINA-GRANERO; FERNANDEZ-SOLA; GONZALES, 2012; OLIVEIRA et al., 2012; SILVA et al., 2012; PENEDO; SPIRI, 2014; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

Os registros de enfermagem servem também como documento comprobatório do cumprimento da jornada de trabalho e concede respaldo ético e legal aos profissionais de enfermagem. No entanto, para que os registros de enfermagem contemplem essas funções, é necessário que sejam realizados adequadamente (COFEN, 2012b; SILVA et al., 2012).

Estudos relacionados aos registros de enfermagem demonstram fragilidade na sua qualidade e validade, mostrando resultados insatisfatórios em relação ao registro de atividades ou intercorrências, com destaque para os cuidados diretos ao paciente, tais como: sinais vitais, alimentação/hidratação, eliminações, higiene corporal. Também há problemas em relação ao registro de horário de ocorrências e de realização de cuidados, bem como de dados de identificação do profissional e do paciente, letras ilegíveis e rasuras. (NASCIMENTO, 2014; MAZIERO et al., 2013; SEIGNEMARTIN et al., 2013; ROSA et al., 2012; BORSATO et al., 2011).

Estudos que abordem os registros de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem são bastante incipientes na literatura nacional, configurando-se como uma lacuna no corpo de conhecimentos da enfermagem.

Na literatura internacional o foco de discussão acerca do tema está centrado no Processo de Enfermagem e na documentação de

enfermagem, com destaque para a utilização de diagnósticos de enfermagem e a implementação da sistematização da assistência nas instituições (MOLINA-GRANERO, et al, 2012; DUQUE, 2014). A formação diferenciada da equipe de enfermagem no Brasil, em que há profissionais de formação superior e de nível médio dificulta a análise da situação dos registros de enfermagem considerando outros contextos.

Entretanto, independente das diferenças registradas na literatura nacional e internacional, as informações descritas pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente devem ser completas e fidedignas, com hora, data, registro profissional do conselho de classe e assinatura, refletindo o atendimento e tratamento prestados durante a internação, destacando as ações realizadas pelo profissional e as reações físicas e emocionais expressas pelo paciente, utilizando-se de termos técnico-científicos que expliquem os fatos de maneira clara e concisa. Dessa forma, busca-se assegurar a continuidade e a qualidade da assistência de enfermagem (COFEN, 2007; 2012a; SILVA et al., 2012).

Na instituição hospitalar em que foi realizado o presente estudo, a assistência de enfermagem é sistematizada desde a abertura do hospital na década de 1980. A SAE é orientada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 2005) e são registradas atualmente no prontuário do paciente, pelos profissionais enfermeiros, as seguintes etapas: histórico de enfermagem, definição dos problemas de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem.

Auxiliares e técnicos de enfermagem registram suas atividades em um impresso específico intitulado “observações complementares de enfermagem”, assim como checam prescrições e registram dados específicos como sinais vitais, glicemias e outros diretamente no prontuário do paciente. As informações registradas por estes profissionais no impresso de observações complementares são sintetizados pelos enfermeiros na evolução diária do paciente.

Institucionalmente entende-se que os registros de enfermagem são de extrema importância visando assegurar a comunicação efetiva entre a equipe de saúde e enfermagem e entre os diferentes turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), além de convergir para o cuidado seguro e de qualidade para o paciente. No entanto, percebemos em nosso cotidiano de assistência de enfermagem, que nem sempre os registros nos prontuários dos pacientes apresentam a qualidade necessária à assistência de enfermagem.

Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar os registros das ações de enfermagem realizadas por técnicos e auxiliares de

enfermagem no impresso “observações complementares de enfermagem” e no prontuário dos pacientes.

MÉTODO

Estudo quantitativo descritivo, realizado a partir dos registros das ações de enfermagem aos pacientes internados em quatro unidades assistenciais que atendem pacientes adultos com problemas de saúde em diversas especialidades médica e cirúrgica. As unidades assistenciais são parte de um hospital geral, universitário, situado em uma capital de estado da região Sul do Brasil, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As unidades em estudo somam 106 leitos de internação.

O hospital em estudo possui um prontuário único do paciente, utilizado pelo conjunto dos profissionais de saúde para registros de tratamentos, cuidados, resultados de exames e outros, que vem sendo informatizado gradativamente.

A enfermagem da instituição realiza a SAE para o planejamento da assistência de enfermagem a todos os pacientes internados. A SAE é orientada pela Teoria de Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 2005) e o enfermeiro realiza o histórico de enfermagem do paciente na internação, destaca os problemas de enfermagem, que no modelo de Horta (2005) corresponde ao diagnóstico de enfermagem, prescreve os cuidados com base nestes problemas e depois, a cada 24 horas, registra a evolução do paciente, diante dos cuidados de enfermagem realizados neste período.

A fase de implementação do cuidado é realizada pelos diversos agentes da equipe de enfermagem, porém a maior parte dos cuidados diretos ao paciente é prestada por técnicos e auxiliares de enfermagem. Estes trabalhadores registram suas observações, resultados de cuidados e outros dados em um impresso denominado Observações Complementares de Enfermagem (OCE). Registros como checagem de medicamentos administrados, controle de sinais vitais (CSV), controle de eliminados (CE) e controle de glicemia (CG) são realizados em impressos próprios do prontuário do paciente.

No processo de planejamento da assistência de enfermagem, as OCE são utilizadas pelos enfermeiros, para registrar a evolução diária dos pacientes.

No decorrer dos anos, cada unidade de internação, de acordo com suas necessidades e especificidades, foi elaborando propostas e adotando modelos próprios de OCE e hoje existem mais de 10

alternativas deste impresso em uso na instituição. Dentre as 4 unidades estudadas, há 3 modelos diferentes em uso.

Este estudo avaliou os registros de enfermagem existentes nos diversos instrumentos que compõem o prontuário do paciente, na instituição estudada. Fizeram parte do estudo, 66 prontuários de pacientes, internados na instituição no período de coleta de dados, que autorizaram, pela assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o manuseio e a utilização de dados constantes em seus prontuários.

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2014, durante 15 dias consecutivos e foram analisadas 319 registros de enfermagem.

A definição da amostra de prontuários a ser examinado foi realizada com base na taxa de ocupação diária das unidades do ano de 2014, que gira em torno de 75%. Foi estimado uma amostra diária de 10% dos pacientes internados e a definição dos prontuários a serem analisados se deu por sorteio, realizado a cada dia, utilizando-se o *SEstatNET*, um Sistema Especialista para Ensino-Aprendizagem de Estatística, desenvolvido no Laboratório de Ensino de Estatística Aplicada – INE – UFSC, que aborda os métodos de análise multivariada na modalidade de educação a distância (PAVAN, 2003).

Diariamente, após realização do sorteio, a pesquisadora abordava o paciente ou familiar responsável, esclarecia sobre a pesquisa e solicitava o consentimento para participação. Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes internados a mais de 24h na instituição, que aceitaram participar e que tinham condições de dar seu consentimento e/ou que estavam com um representante legal que o pudesse autorizar.

Cada paciente foi identificado com a letra “P” maiúscula, seguido de um número ordinal, respeitando a sequência e anonimato (ex.: P1, P2, P3...). Considerando o objetivo do estudo e o intuito de avaliar os registros de enfermagem, um mesmo paciente pode ser sorteado mais de uma vez durante o período de coleta de dados, uma vez que os registros a serem analisados são renovados dia a dia.

Foram analisados de cada paciente, os registros referentes às 24 h anteriores ao momento em que a pesquisadora procedeu à coleta de dados. Esse procedimento incluiu a análise dos registros realizados nos turnos de trabalho matutino, vespertino e noturno. Para isto foi elaborado um instrumento de avaliação do registro de enfermagem, baseado nos parâmetros assistenciais da instituição, organizado por grupos de necessidades humanas básicas (quando se tratou de registros dos cuidados de enfermagem), dados de prescrições médicas, dados de identificação e outros, com ênfase no formulário para auditoria dos

registros de enfermagem elaborado por Haddad (2004), e na Resolução COFEN nº 429/2012 que dispõe sobre o registro das ações profissionais (COFEN, 2012a).

O instrumento de avaliação foi dividido em 3 tópicos, sendo eles: 1º dados de Identificação Geral do Paciente; 2º registro das Observações Complementares de Enfermagem e registros em prescrições médica e de enfermagem e 3º, os dados das folhas de controle de sinais vitais, eliminações e controle de glicemia. Estes foram analisados tanto nos aspectos de existência e completude dos dados de identificação, de checagem, horários, avaliação da linguagem utilizada (objetiva e científica) respostas às prescrições de enfermagem e médica, se evidenciava prestação de cuidados de enfermagem, observação de sinais e sintomas, registros de admissão, alta, óbito, transferência e outros.

Na análise dos dados foram realizados cálculos dos percentuais de preenchimento (PP) dos instrumentos e os registros foram analisados considerando o agrupamento dos mesmos em escalas: **completo** - quando correspondeu a 100% dos critérios de preenchimento, **incompleto** - quando correspondeu parcialmente aos critérios de preenchimento, **não preenchido** - aqueles que estavam em branco, **incorreto** - os que continham erros e **não se aplica** - quando o item não foi abordado.

Os resultados referentes a cada critério foram avaliados segundo um percentual de positividade em relação ao padrão de qualidade dos registros de enfermagem, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Percentuais de satisfação segundo critérios utilizados na avaliação da qualidade dos registros de enfermagem pela Assessoria de Controle da Qualidade da Assistência de enfermagem (ACQAE) de um hospital universitário público em Londrina, PR, 2009 (BORSATO et al., 2011).

Grau de Satisfação	Critérios de Avaliação			
	Completo	Incompleto	Não-preenchido	Incorreto
Satisfatório	Acima de 80%	Abaixo de 15%	Abaixo de 5%	0%
Insatisfatório	Abaixo de 80%	Acima de 15%	Acima de 5%	Acima de 0%

Fonte: Adaptado de BORSATO et al., 2011. p. 529.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do CNS - MS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer nº 526.935 pela Direção do HU – UFSC.

RESULTADOS

Do total de 319 registros de enfermagem analisados, 86 eram provenientes da Unidade de Internação de Clínica Médica I, 90 da Unidade de Internação de Clínica Médica II, 89 da Unidade de Internação Cirúrgica 1 e 54 corresponderam à Unidade de Internação Cirúrgica 2.

Quanto à idade e gênero dos pacientes envolvidos, a idade variou entre 18 e 80 anos, com predominância na faixa etária de 50 – 59 anos, com 16 pacientes, sendo que de 19 – 39 anos tiveram 13 pacientes, de 40 - 49 anos 12 pacientes, 60-69 anos 10 pacientes, 70-79 anos 13 pacientes e de 80-89 anos 2 pacientes. Em relação ao gênero 57,6% (38) é composto por homens e 42,4% (28) por mulheres.

Em relação aos diagnósticos médicos, se divididos por especialidades, 26 pacientes internaram por problemas no aparelho digestivo, 15 onco-hematopoiéticos, 4 de cabeça e pescoço, 2 urológicos, 5 pneumologia, 2 endocrinologia, 2 reumatologia, 5 cardiovascular, 1 da cirurgia plástica e 2 da neurologia.

O Percentual de Preenchimento (PP) Completo, Incompleto, Não preenchido e Incorreto, obtido para cada um dos itens do Instrumento de Avaliação das OCE e Impressos de Controles, que avaliaram os registros de enfermagem realizados nas unidades de internação, está disposto das 4 tabelas seguintes. A análise dos registros realizados no impresso observações complementares de enfermagem é apresentada na tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Classificação geral da avaliação dos registros das ações de enfermagem nas folhas de observações complementares das unidades de internação adulto, referentes ao mês de abril – 2014, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Aspecto Analisado	Completo	Incompleto	Não-preenchido	Incorreto	Total
	n - %	n - %	n - %	n - %	n - %
Identificação	91 - 28,5	189 - 59,2	4 - 1,3	35 - 11,0	319 - 100,0
Legibilidade e compreensão da escrita	258 - 80,9	55 - 17,2	6 - 1,9	0,0	319 - 100,0
Data, hora/turno, COREN e assinatura profissional.	95 - 29,8	212 - 66,4	5 - 1,6	7 - 2,2	319 - 100,0
Objetividade e cientificidade da linguagem	142 - 44,5	171 - 53,6	6 - 1,9	0,0	319 - 100,0
Existência de 1 anotação descritiva por turno	298 - 93,4	15 - 4,7	6 - 1,9	0,0	319 - 100,0
Checagem PE	226 - 72,9	17 - 5,5	65 - 21,0	2 - 0,6	310 - 100,0
Registro de Admissão/transferência/alta/óbito	8 - 53,3	1 - 6,7	6 - 40,0	0,0	15 - 100,0
Checagem PM	297 - 93,1	11 - 3,4	4 - 1,3	7 - 2,2	319 - 100,0
Resposta aos cuidados prescritos na PM	110 - 34,5	165 - 51,7	44 - 13,8	0,0	319 - 100,0
Evidência prestação de cuidados	228 - 71,5	82 - 25,7	9 - 2,8	0,0	319 - 100,0
Evidência de observação de sinais e sintomas	219 - 68,6	78 - 24,5	22 - 6,9	0,0	319 - 100,0
Situações novas registradas	106 - 34,9	0 - 0,0	198 - 65,1	0,0	304 - 100,0
Registro de Intercorrências	79 - 58,1	18 - 13,2	39 - 28,7	0,0	136 - 100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Conforme apresentado na tabela acima, predominam os registros de identificação incompletos com 59,2%. Neste item foi considerado para análise o registro do nome completo do paciente, número do

registro hospitalar, do quarto, leito e anotação do diagnóstico médico. Ainda 11% dos registros de identificação continham alguma informação incorreta.

A legibilidade da escrita, representado pelo fácil entendimento durante a leitura, a organização, a ausência de rasuras e de erros apresentou 80,9% dos registros completos. Quanto à anotação descritiva por turno, 93,4% dos prontuários continham pelo menos um registro por turno de trabalho relatando as condições gerais do paciente. Não foi avaliada a qualidade das informações e sim se estavam presentes.

Em relação a data que foi feito registro, o horário ou turno de trabalho, nome do profissional, número do COREN e assinatura, 66,4% dos registros estavam incompletos.

Sobre a objetividade e cientificidade das anotações, foi considerado o uso de linguagem formal e universal, presença de opiniões próprias/julgadoras ou que favoreciam a interpretação individual, como por exemplo, muito, pouco, bom/ruim; presença de siglas não padronizadas na instituição, sendo que 53,6% das anotações apresentaram-se incompletas ou com inadequações.

Em relação às Prescrições de Enfermagem 72,9%, foi checada na totalidade e 21% estavam sem qualquer sinal de checagem.

Já os registros de admissão, previsão de alta e transferência, entre os 15 pacientes que apresentaram algumas destas situações, apenas 53,3% tiveram suas anotações completas. 40% não teve nenhum registro em seu prontuário acerca da situação.

Quanto as Prescrições médicas, 93,1% foram checadas na totalidade e apenas 1,3% não tinham checagem. Embora as checagens das prescrições médicas tenham obtido um resultado favorável, as anotações nas OCE, relacionadas às prescrições, estavam incompletos em 51,7% dos casos.

Em relação a evidência de prestação de cuidados, 71,5% foram consideradas como claras, concisas, com relato de execução de tarefas e peculiaridades do paciente. Resultado parecido foi a presença de evidencias da observação de sinais e sintomas, com 68,6% dos registros completos.

No que se refere ao registro ou indicação de situações novas não contempladas na prescrição de enfermagem, por ser algo novo na condição do paciente, 65,1% das situações não foram anotadas nas OCE, e, consequentemente, não foram previstas ações nas prescrições de enfermagem. Cabe salientar que este aspecto foi avaliado considerando os relatos de evoluções médicas e de enfermagem, livro de registro de intercorrência da unidade. Dentre os registros considerados

incompletos destacam-se as situações envolvendo: condição neurológica alterada; preparo para exames e pré-operatórios não relatados; cuidados prescritos que não mais condiziam com a situação do paciente tais como cuidado com dieta zero com o paciente já com dieta alimentar; drenos e sondas (vesicais principalmente) que não mais existiam; oxigenação (tanto cateteres de oxigênio não prescritos quanto prescrições desatualizadas que mantinham cateteres em pacientes já em oxigenação ambiente); curativos, acesso venoso, edema de bolsa escrotal, dor e desconforto, déficit visual e cognitivo, eliminações, entre outros.

Foram registradas 136 intercorrências com os pacientes pesquisados, sendo que 58,1% dos registros foram considerados completos.

Associando os registros de enfermagem aos turnos de trabalho, tem-se que: 23,4% das prescrições de enfermagem não foram checadas no período matutino, enquanto que nos turnos vespertino e noturno, este percentual foi de 18,7%; 57% dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes foram relatados no turno matutino e a média de 73,6% no turno vespertino e noturno; o turno matutino tem o registro completo de 44,9% das intercorrências com pacientes, sendo que na média entre os 3 turnos este percentual sobe para 58,1%.

Quanto aos relatos que evidenciam a prestação de cuidados de enfermagem as anotações dos turnos vespertino e matutino apresentaram-se completos em 70,1% e 81,3%, das situações analisadas respectivamente. O turno noturno apresentou 61,7% de registros completos.

Os dados relacionados à prescrição de enfermagem são analisados considerando o referencial da sistematização da assistência utilizado na instituição, organizado em necessidades humanas, conforme pode ser observado na tabela 2 a seguir. São analisados considerando a existência de prescrição do enfermeiro no prontuário para as 24 horas que antecedem a coleta de dados.

Tabela 2 – Registros de enfermagem correspondentes à resposta de prescrições de enfermagem, nas folhas de observações complementares, nas unidades de internação adulto no mês de abril – 2014, segundo os critérios de preenchimento dos impressos, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Necessidade/área avaliada	Completo		Incompleto		Não preenchido		Incorreto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oxigenação	59	34,5	31	18,1	81	47,4	0	0,0	171	100
Hidratação	3	3,3	1	1,1	86	95,6	0	0,0	90	100
Alimentação	83	53,6	14	9,0	58	37,4	0	0,0	155	100
Eliminações	76	35,4	54	25,1	85	39,5	0	0,0	215	100
Atividade Física e Mecânica Corporal	20	31,2	3	4,7	41	64,1	0	0,0	64	100
Integridade cutânea-mucosa	18	17,8	20	19,8	63	62,4	0	0,0	101	100
Cuidado Corporal	38	20,9	26	14,3	118	64,8	0	0,0	182	100
Regulações	89	44,5	54	27,0	57	28,5	0	0,0	200	100
Percepção dos órgãos dos sentidos	180	67,2	4	1,5	84	31,3	0	0,0	268	100
Terapêutica	136	59,4	20	8,7	73	31,9	0	0,0	229	100
Segurança Física	3	5,1	1	1,7	55	93,2	0	0,0	59	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Em relação às respostas às prescrições de enfermagem realizadas pelos profissionais nos impressos das OCE destaca-se que não foram identificados registros incorretos. Todavia, foi expressiva a quantidade de registros não preenchidos.

Nos cuidados com a oxigenação, destacam-se nas prescrições de enfermeiros 171 ações a serem realizadas ao longo dos turnos de trabalho. Constatou-se elevada ocorrência de registros não preenchidos (47,4%) na avaliação desta necessidade básica, quando analisada no conjunto dos turnos de trabalho. No turno noturno, 60,4% das ações não foram registradas.

Hidratação e Alimentação frequentemente estavam associadas na prescrição do enfermeiro. A hidratação não é respondida em 95,6% dos 90 registros nas OCE. Quanto à alimentação, 53,6% de 155 registros estavam completos, destacando-se o turno matutino com 61,5% de registros completos. Nos turnos vespertino e noturno, houve uma média de 45,7% de registros que não responderam a prescrição de cuidados com alimentação.

Em relação às eliminações somaram-se 215 registros a serem realizados nos 3 turnos, sendo que foram preenchidos completamente 35,4%; estavam incompletos 25,1% e não preenchidos 39,5%. O turno noturno agrega a o maior percentual de registros não preenchidos, 54,9%.

Na análise dos cuidados com a atividade física e mecânica corporal, constatou-se a existência de 64 prescrições; sendo que em 64,1% das situações não foram registradas as ações realizadas. Dentre as 59 prescrições de cuidados relacionados à segurança física, em 93,2% (55) os registros não foram realizados.

Para a integridade cutâneo-mucosa foram encontradas 101 prescrições e um total de 62,4% de registros não realizados, com ênfase para o turno noturno e vespertino com 73,3% e 70% respectivamente de registros não preenchidos. O cuidado corporal apresentou resultados semelhantes, com 182 prescrições realizadas e 64,8% de registros não preenchidos.

Regulações (térmica, hormonal, neurológica, hidroeletrólítica, vascular.) totalizaram 200 prescrições de enfermagem, com 44,5% dos registros completos.

Os cuidados relacionados à percepção dos órgãos dos sentidos predominaram nas prescrições, com 268 ações a serem realizadas/registradas, com resultado de 67,2% dos registros completos sem diferenças significativas nos três turnos de trabalho.

As prescrições relacionadas à terapêutica somaram 229 ações a serem realizadas. Destas, 59,4% dos registros estavam completos e 31,9% não preenchidos. Destaca-se o turno matutino, com 70,1% dos registros completos.

Foram analisados ainda 294 registros de sinais vitais e eliminações do impresso “controle intensivo” adotado pela instituição, que faz parte do prontuário do paciente. Em relação a estes foram consideradas as prescrições específicas e a rotina institucional que institui a verificação e registro dos sinais vitais 1x/dia, às 16 horas para todos os pacientes internados. Verificaram-se nestes impressos os dados de identificação do paciente, legibilidade e compreensão do registro, de

data e hora de verificação/ocorrência, identificação do profissional (assinatura e COREN) e resposta às prescrições médica e de enfermagem.

Predomina na análise o registro incompleto da identificação do paciente com 49,3% (145), seguido de registros completos com 42,9% (123); legíveis e compreensíveis 77,9 % (229); dados referentes a data, hora, turno, registro profissional e assinatura do profissional incompletos em 80,6% do casos (237). Destaca-se que o alto percentual de registros incompletos neste último grupo refere-se a ausência de registro profissional (número do COREN).

A tabela 3 apresenta os resultados obtidos na análise dos registros e Sinais Vitais, dados de eliminação (urinária, intestinal,) e registro de balanço hidroeletrólítico, os quais são relacionados às prescrições médicas e de enfermagem.

Tabela 3 – Dados de registros de sinais vitais e eliminações, constantes no impresso “controle intensivo” em prontuários de pacientes adultos internados, no mês de abril – 2014, segundo os critérios de preenchimento dos impressos, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Item avaliado	Completo	Incompleto	Não preenchido	Incorreto	Total
	n - %	n - %	n - %	n - %	n - %
Resposta de dados de Sinais Vitais e Prescrição Médica	137 – 55,0	70 – 28,1	42 – 16,9	0	249 – 100
Resposta de dados de eliminações à Prescrição Médica	42 – 62,7	5 – 7,5	20 – 29,8	0	67 – 100
Resposta de dados de Sinais Vitais à Prescrição de Enfermagem	61 – 76,3	4 – 5,0	15 – 18,7	0	80 – 100
Resposta de dados de eliminações à Prescrição de Enfermagem	68 – 31,6	24 – 11,2	123 – 57,2	0	215 – 100

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Sobre os sinais vitais, 55% dos registros responderam completamente as prescrições médicas e 76,3% às prescrições de

enfermagem. No turno vespertino mais de 90% dos registros foram respondidos completamente para ambas as prescrições. Em relação à prescrição médica, no período noturno, 71% dos registros foram incompletos.

Quanto as eliminações, quando analisadas em relação a prescrição médica, os registros estavam completos em 62,7%, em relação as prescrições de enfermagem, 57,2%. Destaca-se em nas duas situações um sub-registro destes dados pelo turno matutino.

Por último a tabela 4 apresenta os resultados da análise dos registros do controle de glicemia e insulinoaterapia.

Tabela 4 - Classificação da avaliação dos registros realizados em resposta às prescrições de HGT (hemoglicoteste), captados do impresso “controle glicêmico”, nas unidades de internação adulto, no mês de abril – 2014, segundo os critérios de preenchimento dos impressos, Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Dados	Completos n - %	Incompletos n - %	Não- preenchidos n - %	Incorretos n - %	Total n - %
Resposta dos registros a Prescrição Médica.	102 - 84,3	4 - 3,3	15 - 12,4	0	121 - 100
Resposta dos registros à Prescrição de Enfermagem	2 - 28,6	0	5 - 71,4	0	7 - 100
Registro de protocolo de hipoglicemia.	0	1 - 5,9	16 - 94,1	0	17 - 100
Registro correção insulínica.	59 - 48,0	7 - 5,7	57 - 46,3	0	123 - 100

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Também neste impresso são analisados os padrões de identificação do paciente obtendo-se um percentual de 50% dos registros completos e 42% incompletos; 81% dos registros legíveis e compreensíveis e 85,7% dos registros de data, hora/turno, assinatura e registro do profissional incompletos. Destaca se dentre os prontuários

analisados, 63 pacientes apresentavam cuidados ou tratamentos relacionados ao controle glicêmico.

Foram constatadas 17 situações de glicemias registradas com valores abaixo da normalidade, sendo que em 94,1% dos casos não houve registro da aplicação do protocolo para hipoglicemia. Na ocorrência desta situação nos turnos vespertino e noturno, em 100% dos casos não houve o registro. Quanto à correção insulínica, das 123 ocorrências em que tal medida foi necessária, somente 48% (59) foram registradas completamente e 46,3% (57) não foram anotadas.

Contatou-se que 84,3% das demandas da prescrição médica estavam completas, e 71,4% das prescrições de enfermagem não foram registradas, com destaque para o período noturno (100%).

DISCUSSÃO

Os registros de enfermagem devem conter informações que reflitam o atendimento e o tratamento prestados ao paciente, assim como explicar as ocorrências de maneira clara e concisa, uma vez que esses são parte das responsabilidades legais da profissão e constituem uma forma de comunicação contínua entre os membros da equipe de saúde (NAGLIATE et al., 2013).

Todavia, a dinâmica e o complexo ambiente clínico que convivem profissionais e pacientes apresentam muitos desafios para a efetivação de um trabalho seguro e uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, favorecendo diariamente a ocorrência de eventos adversos, que culminam, entre outros, em falhas no registro de suas ações e cuidados (NAGLIATE et al., 2013).

Os resultados encontrados neste estudo, apesar de revelarem dados satisfatórios acerca de alguns itens avaliados, apontam, de uma maneira geral, um contexto desfavorável à segurança do paciente, com registros insatisfatórios tanto em qualidade como em quantidade, quando analisados pelos critérios publicados por Borsato e colaboradores (2011).

Dos itens avaliados, alguns chamam mais a atenção, como por exemplo, a Identificação do paciente no prontuário, pelo fato de ser uma premissa básica de segurança. A identificação do paciente certo é o primeiro passo das cinco certezas na realização de qualquer ação junto ao mesmo. Falhas no cuidado podem ocorrer em decorrência da falta ou duplicidade de informações, ou mesmo de imprecisões nos dados de cadastro do paciente. Estas situações podem repercutir, na prática, em erros associados ao uso de medicamentos, erros na transfusão sanguínea,

erros na realização de procedimentos médicos e exames diagnósticos e, até mesmo, na troca de bebês em maternidades (REBRAENSP/RS, 2013). Sem questionar se o trabalhador fez essa conferência no momento do ato assistencial em si, constataram-se percentuais preocupantes de registros incompletos, inexistentes e incorretos, na análise de todos os impressos em que a enfermagem registra suas ações. É possível que o fato das identificações serem preenchidas manualmente por estes profissionais e em diversos impressos diferentes, diariamente, possa contribuir para a incompletude e ausência de dados.

Também o registro de “data, hora/turno, COREN e assinatura do profissional” se mostrou insatisfatório nas folhas de OCE e demais impressos, na sua maioria, incompletos. A este respeito destaca-se que contribui para o resultado a inexistência do número do registro profissional, COREN. Sabe-se que na prática auxiliares e técnicos de enfermagem pouco utilizam esses dados em seus registros e que apenas recentemente a instituição passou a fornecer carimbos para estes profissionais, porém é necessário tempo para adesão às rotinas. Também se destaca que nos impressos de “Controles de Sinais vitais e Eliminados” há um viés, pois não há espaço previsto para anotar o número do registro profissional, influenciando diretamente na ausência do mesmo.

Uma pesquisa realizada em Belo Horizonte – MG, numa unidade de internação pediátrica, corrobora os resultados acima citados, apresentando dados sofríveis em relação à identificação do paciente e identificação profissional, alertando para a importância ético-legal destes registros e para as implicações relacionadas ao órgão fiscalizador, tanto para as instituições quanto para os profissionais (ROSA et al., 2012).

Os dados avaliados revelam ainda a internalização da necessidade e da determinação institucional em realizar um registro em cada turno, porém estes não necessariamente são de qualidade. O uso de siglas não padronizadas e palavras de dupla interpretação como pouco/boa são recorrentes, prejudicando o entendimento de outros profissionais que fazem a leitura deste impresso, dificultando a comunicação e a viabilidade deste material como respaldo ético-legal, como já citado em um estudo onde 16,7% dos registros avaliados tinham letras ilegíveis e rasuras (SEIGNEMARTIN et al., 2013).

O fato das prescrições médicas atingirem checagens satisfatórias e das prescrições de enfermagem valores muito próximos do adequado é um dado positivo, porém a qualidade insatisfatória dos registros com relação às respostas das ações prescritas e teoricamente executadas por

estes profissionais é preocupante. Os registros, assim como em outros estudos, não retratam os cuidados prestados, gerando lacunas na comunicação multiprofissional, baixo registro da produtividade da equipe de enfermagem e valores subestimados de custos relativos à internação hospitalar (ROSA et al., 2012; SILVA et al., 2012; BORSATO et al., 2011).

Os critérios para a compreensão textual foram atendidos, ocasionando resultados satisfatórios acerca da legibilidade, demonstrando uma preocupação por parte dos profissionais de enfermagem com a estética dos registros, com pouca presença de erros e rasuras e, no geral, uma organização da escrita, favorecendo a transmissão adequada das informações aos demais profissionais. Este resultado vai ao encontro com o estudo de Rosa e outros autores (2012) em Belo Horizonte/MG, que apresentaram índices desejáveis a limítrofes em relação à legibilidade, ausência de rasuras, espaços em branco e siglas padronizadas, porém confronta outros dois estudos aonde os resultados foram insatisfatórios quanto a legibilidade e precisão dos registros, o que reflete nesta situação a compreensão ineficaz das informações relatadas, por parte da equipe de saúde e a possibilidade de acarretar problemas legais e risco a segurança do paciente (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011; BORSATO et al., 2012).

Os resultados relacionados a registros de intercorrências, situações novas, observação de sinais e sintomas e prestação de cuidados corroboram o pensamento anterior, pois todos estes valores atingiram níveis insatisfatórios, podendo-se inferir que os registros mais frequentes são aqueles de rotina, realizados diariamente, mecanicamente, muitas vezes copiados de uma anotação para outra, com pouca atenção para as mudanças nos cuidados prescritos e na evolução do paciente. Acredita-se que isto possa estar relacionado à realidade vivenciada no cotidiano dos profissionais de enfermagem dos hospitais públicos, marcada pelo elevado número de pacientes, excesso de atividades burocráticas e número reduzido de profissionais (OLIVEIRA; GUEDES; LIMA, 2012).

Em relação às necessidades humanas básicas, em poucas delas atingiram-se níveis satisfatórios de registro, com o agravante de valores altos de registros não preenchidos para quase todas as ações prescritas. Se compararmos estes valores com os registros referentes aos sinais vitais e eliminações, podemos perceber uma tendência dos profissionais, em dar maior importância para dados clínicos como sinais vitais em

detrimento de indicadores de funcionalidade e respostas a cuidados de enfermagem.

Quando analisamos especificamente as respostas dos profissionais as prescrições de enfermagem, temos como melhor resultado aquelas relacionadas a cuidados com a percepção dos órgãos dos sentidos, sendo que aqui, a principal prescrição é a relacionada com “dor e desconforto”. Porém, mesmo atingindo o melhor índice de registros completos, ainda temos 31,3% das ações em relação a este cuidado não respondidas, gerando a dúvida em relação a sua execução. Este dado nos remete a pensar que apesar das checagens das prescrições médicas e de enfermagem, incluindo a realização de analgésicos e cuidados de conforto, os profissionais de enfermagem tem dificuldade de verificar e registrar o resultado das suas ações, refletindo numa ausência significativa destes registros no prontuário. Corroborando com este resultado, um estudo em um hospital privado de São Paulo, observou níveis altos de conformidades dos registros em relação ao local de inserção, data e horário de acessos venosos, mas no que tange os motivos de trocas de punção, e sinais e sintomas do local, ainda precisam ser mais bem registrados, pois saber o resultado das ações realizadas é tão importante quanto a própria ação em si, seja para indicar a qualidade do cuidado, como para sua análise e respaldo legal (FRANÇOLIN et al., 2012).

Resultados alarmantes foram os relacionados aos cuidados com hidratação e segurança física, sendo que em relação a segurança não foram encontrados registros no turno noturno. Esse dado gera grande inquietação, já que sabidamente é neste turno de trabalho que ocorre o maior número de quedas, como verificado em estudos recentes que detectou valores de 63,7% de frequência de quedas à noite (PAIVA et al., 2010).

Quanto à frequência elevada de registros não preenchidos quando se trata de eliminações, deve ser avaliada considerando fatores que interferem na valorização destes dados. O registro da quantidade exata de eliminações como diurese, drenagens, entre outros, são muito importantes para a avaliação do tratamento e prevenção de complicações (OLIVEIRA; GUEDES; LIMA, 2012). Foi possível observar durante a avaliação dos registros nas unidades de internação que, os enfermeiros, frequentemente não têm atualizado suas prescrições em relação a este cuidado, gerando desvalorização destas prescrições diante de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Sobre os sinais vitais, a presença de registros incompletos e não preenchidos, principalmente frente à prescrição médica, pode estar

relacionado ao aumento gradativo, ao longo dos últimos anos, de prescrições com uma frequência padrão de verificação de sinais vitais de 4x/dia para todos os pacientes, sem uma avaliação minuciosa da necessidade, gerando sobrecarga de trabalho para a enfermagem. Isso faz com que esta equipe avalie por si a necessidade de cada paciente, e muitas vezes, verifique apenas 1x/dia, no turno da tarde, conforme rotina mínima pré-estabelecida pela instituição, interferindo diretamente nos resultados encontrados.

Em relação às diferenças percentuais de preenchimento de dados e registros que ocorre entre os turnos de trabalho, e a constatação de que o turno matutino, em muitas situações, apresenta um número mais elevado de ausência ou incompletude de registros cabe ressaltar que nas unidades de internação, o turno da manhã concentra boa parte dos cuidados de enfermagem, como banho e curativos, gerando sobrecarga aos profissionais e uma quantidade maior de dados a serem registrados diariamente. Isso pode justificar de certa forma o déficit de checagem das prescrições e das anotações de sinais, sintomas e intercorrências, porém destaca-se que é neste turno que se encontram os registros mais completos para os cuidados relacionados ao atendimento das necessidades humanas básicas. Também pode refletir neste resultado o fato de estar o *staff* médico, de nutrição e de outras profissões mais presentes nas unidades neste turno de trabalho, portanto as intercorrências são compartilhadas no momento em que acontecem, contribuindo para o sub-registro posterior. Também a grande circulação de alunos e professores neste turno de trabalho dificulta o acesso ao prontuário do paciente podendo interferir nos registros.

Já os turnos vespertino e noturno contam com um número menor de técnicos e auxiliares de enfermagem para o desenvolvimento do trabalho, concentram também atividades específicas, podendo justificar um aumento de checagens de prescrições, porém destaca-se uma menor qualidade e completude dos registros realizados, principalmente no noturno.

Muitos são os fatores que dificultam um adequado registro de enfermagem, como sobrecarga de trabalho, falta de insumos e profissionais, não valorização destes registros como parte do processo de trabalho da enfermagem e desconhecimento da importância, devido à escassez da educação continuada/permanente e até despreparo na formação. Porém, ainda assim, o registro escrito constitui um das provas mais valiosas sobre a execução e a qualidade das ações e cuidados prestados (FRANÇOLIN et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados de registro das ações de técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como de dados de intercorrências observadas em pacientes sob os cuidados destes profissionais aponta para resultados preocupantes em relação a quantidade e qualidade das anotações realizadas. Dos itens avaliados, os mais preocupantes foram a ausência de dados de identificação do paciente e profissional, presença de linguagem informal, siglas não padronizadas, falta de objetividade das comunicações, ausência de data e hora dos registros. Percebeu-se a preocupação em garantir anotações e checagens em todos os turnos, porém especificamente no impresso “Observações Complementares de Enfermagem” o conteúdo descrito foi avaliado como frágil, de baixa qualidade, não evidenciando características de prestação de cuidados individualizados aos pacientes.

A resposta mais favorável das anotações de sinais vitais e glicemias, checagem de prescrições medicamentosas e outras prescrições médicas, apontam para uma valorização maior do tratamento e do modelo biomédico ainda centrado em indicadores clínicos. Em muitas situações os cuidados de enfermagem carecem de valorização pela própria equipe, não sendo checados ou respondidos nos relatos diários realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Destaca-se na instituição estudada a necessidade de valorização das Prescrições de Enfermagem e das “Observações Complementares de Enfermagem”, que pode ser suprido pela educação permanente. . Sobre esse aspecto o presente estudo não avaliou se e quais prescrições foram ou não realizadas. Para tal recomendam-se novas investigações.

A forma como estes profissionais tem realizado estes registros sugere a necessidade de investimento em recursos humanos, gestão de processos de trabalho e melhoria nas condições de trabalho, além de supervisão direta dos enfermeiros assistenciais para melhoria dos registros quantitativos e qualitativos com vistas à qualidade e segurança do paciente pela comunicação efetiva das equipes.

Acredita-se ainda na importância de resgatar a realização de auditorias frequentes destes registros para uma avaliação contínua, estimulando a melhora da escrita destes profissionais e a identificação de lacunas existentes, propiciando a realização de processos educativos permanentes como atualizações e capacitações, visando atingir um padrão de excelência assistencial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012.

BORSATO, F.G. et al. Avaliação da qualidade das registros de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 527-533, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n4/a13v24n4.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 14, n. 3, p. 610-617, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a18.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Por que os registros de enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório? In: **Dúvidas Frequentes, Profissão**. Brasília: Cofen, 2012b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio_15619.html>. Acesso em: 03 jun. 2015.

_____. **Resolução Cofen n. 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen, 2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

_____. **Resolução Cofen n. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 03 jun. 2015.

_____. **Resolução Cofen n. 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos

próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: Cofen, 2012a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 03 jun. 2015.

DUQUE, P.A. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. **Rev Univ. salud.** Pasto, v. 16, n. 1, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100009>. Acesso em: 11 fev. 2016.

FRANÇOLIN, L. et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3981/2763>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

HADDAD, M.C.L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** 16. Reimpressão. São Paulo: EPU, 1979. 2005. 99p.

MAZIERO, V.G. et al. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 165-170, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Desvelando dificuldades operacionais da sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 15, n. 1, p. 44-53, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a05.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.

MOLINA-GRANERO, J. et al. Proceso de enfermería: qué significa para las enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? **Rev. Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 46, n. 4, 973-979, 2012.

NAGLIATE, P.C. et al. Programação de ensino individualizado para ambiente virtual de aprendizagem: elaboração do conteúdo registro de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, jan./feb. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700016&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NASCIMENTO, A.B. Registros da equipe de enfermagem como subsídio à gestão hospitalar. **REAS** [Internet]. v. 3, n. 1, 95-106, 2014. Disponível em:
<<http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/937/668>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

OLIVEIRA, K.F. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra, v. 3, n. 8, p. 105-114, dez. 2012.

OLIVEIRA, S.K.P.; GUEDES, M.V.C.; LIMA, F.E.T. Registros de enfermagem no controle do balanço hídrico. **Rev enferm UFPE on line**, v. 5, n. 3, p. 553-559, maio, 2011. Disponível em:
<<file:///C:/Users/Isabel/Downloads/601-12721-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

PAVAN, M.V. **SestatNet: Módulo de Análise por Componentes Principais**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Computação) – Curso de Pós Graduação em Ciências da Computação, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. 2003.

PEDROSA, K.K.A.; SOUZA, M.F.G.; MONTEIRO, A.I. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, 568-573, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027976017.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

PENEDO, R.M.; SPIRI, W.C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 86-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n1/pt_0103-2100-ape-27-01-00086.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS, 2013.

ROSA, L.A. et al. Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica. **Rev. Min. Enferm**. Belo Horizonte, v.16, n. 4, p. 546-554, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/560>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SEIGNEMARTIN, B.A. et al. Avaliação da qualidade das registros de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1123-1132, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1352/pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SILVA, J.A. et al. Avaliação da qualidade das registros de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc Anna Nery (impr.)** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 576-581, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/21.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

5.2 MANUSCRITO 2 – REGISTROS DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES

Isabel Berns Kuiava³
Eliane Matos⁴

RESUMO

Estudo com o objetivo de levantar com as equipes de enfermagem os aspectos positivos e negativos, e as sugestões de mudanças, no registro de suas ações. Pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, realizado em 4 unidades de internação adulto que atendem pacientes clínicos e cirúrgicos. A coleta de dados ocorreu de abril de 2014 a Setembro de 2015. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 21 profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Os dados foram organizados e analisados à luz da análise de conteúdo de Bardin. Resultados apontaram o entendimento de que os registros de enfermagem são parte das funções dos profissionais, são fundamentais à continuidade da assistência e instrumento de comprovação das ações realizadas. Constatou-se negativamente a desvalorização dos registros, a falta de padronização do instrumento, a duplicidade de impressos e repetição de dados e a sobrecarga de trabalho interferindo na qualidade dos registros. Sugerem: a padronização de impresso único para registro de controles como glicemia, sinais vitais e eliminação; elaboração de modelo de impresso de observações complementares contemplando *check-list* e anotações descritivas e informatizadas, integradas às prescrições de enfermagem. Concluiu-se pela necessidade de reflexão e capacitação da equipe para o fortalecimento dos registros de enfermagem.

Descritores: Enfermagem. Equipe de enfermagem. Registros de Enfermagem. Processos de Enfermagem.

³ Enfermeira. Mestranda Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). e-mail: isaberns@gmail.com. Endereço: Rua da Capela, 487, casa 11 – Campeche, Florianópolis. CEP: 88063400.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). e-mail: elianematos@hotmail.com

ABSTRACT

Study with the aim of get with the nursing staff the positive and negative aspects, and suggestions for changes in the registration of their actions. Exploratory and descriptive study with a qualitative approach, performed in four adult inpatient medical and surgical units. Data collection occurred from April 2014 to September 2015. Semi-structured interviews were performed with 21 professionals (nurses, technicians and nursing assistants). Data were organized and analyzed according to Bardin's content analysis. Results showed the understanding that nursing records are part of the functions of the professionals, they are essential to the continuity of care and an instrument that proof the actions taken. Negatively we founded the devaluation of records, lack of instrument standardization, printed duplication and repetition of data and workload interfering with the quality of the records. They suggest: the standardization of single printed for record controls as glucose, vital signs and physiological eliminations; preparation of printed model of complementary observations of nursing contemplating a computerized checklist and descriptive notes, integrated into nursing prescriptions. It concluded the need for reflection and staff training to strengthen nursing records.

Descriptors: Nursing. Nursing staff. Nursing records. Nursing processes.

RESUMEN

Estudio con el fin de aumentar el personal de enfermería los aspectos positivos y negativos, y las sugerencias de cambios en la inscripción de sus acciones. , Enfoque cualitativo exploratorio y descriptivo, realizado en las unidades de hospitalización 4 adultos que cumplen con los pacientes médicos y quirúrgicos. Los datos fueron recolectados a partir de abril de 2014 y septiembre de 2015. Las entrevistas semi-estructuradas se realizaron con 21 profesionales (enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería). Los datos fueron organizados y analizados según el análisis de contenido de Bardin. Los resultados mostraron el entendimiento de que los registros de enfermería son parte de las funciones de los profesionales, son esenciales para la continuidad de la atención y el instrumento de prueba de las medidas adoptadas. Se encuentra en la devaluación negativo de registros, la falta de estandarización de instrumentos, la duplicación impresa y la repetición

de los datos y la carga de trabajo que interfiere con la calidad de los registros. Sugieren: la estandarización de un solo impreso para controles de grabación como la glucosa, signos vitales y eliminación; preparación del modelo de impreso de observaciones complementarias que contemplan lista de verificación y notas descriptivas e informatizado, integrado en las prescripciones de enfermería. Se llegó a la conclusión de la necesidad de la reflexión y la formación del personal para fortalecer los registros de enfermería.

Descriptores: enfermería. el personal de enfermería. Registros de enfermería. procesos de enfermería.

INTRODUÇÃO

O prontuário do paciente concentra grande quantidade de registros sobre a condição de saúde, cuidados, tratamentos, resultados de exames e outras anotações da equipe multiprofissional de saúde, responsável pelo tratamento e cuidado deste no meio hospitalar. As informações constantes no prontuário tem por objetivo a documentação dos cuidados e tratamentos realizados a um paciente e, se devidamente organizados e fidedignos podem propiciar qualidade e segurança.

A enfermagem tem contribuído significativamente para a manutenção do conjunto de informações acerca do cuidado ao paciente. Em 1856, Florence Nightingale destacou em sua obra, *Notas sobre a Enfermagem*, que era essencial que a enfermeira relatasse ao médico, de forma correta e precisa, todos os fatos que observava. Os registros, nesta época, limitavam-se a informações referentes às ações de cuidados prestados e suas respostas, de acordo com as solicitações médicas (CARRIJO; OGUISSO, 2006; BORSATO et al., 2011).

Ao longo das décadas os registros de enfermagem no prontuário do paciente foram evoluindo e hoje, em muitas realidades estes são sistematizados e informatizados, servindo como ferramenta essencial para o planejamento e avaliação dos cuidados e tratamentos realizados (NASCIMENTO, 2014).

Considerando que no ambiente hospitalar, cerca de 50% das informações referentes ao cuidado prestado ao paciente é fornecido pela enfermagem, e que estas anotações são compostas desde sinais gráficos como checagem de prescrições médicas e de enfermagem, anotações descritivas compostas por dados numéricos (ex.: controle de sinais vitais e eliminados) e registros narrativos que descrevem as ações e

intervenções realizadas junto ao paciente e sua família, pode-se afirmar que elas são indispensáveis ao processo de cuidar do paciente e para a comunicação permanente e efetiva entre os membros da equipe de saúde (BORSATO et al., 2012; MAZIERO et al., 2013).

Para promover a qualidade e segurança da assistência prestada, bem como garantir a efetividade do processo de comunicação, os registros de enfermagem precisam ser valorizados, realizados corretamente e fidedignamente. As ações prestadas e os resultados alcançados devem descrever as condições do paciente, de forma clara e objetiva e os registros devem respeitar as normas de cada instituição. Desta forma, as informações registradas irão refletir como os profissionais realizam os cuidados e demonstrar a qualidade do serviço prestado, permitindo a realização de avaliações precisas, auditorias, comprovação do serviço realizado e servir de respaldo ético e legal em questões jurídicas (BORSATO et al., 2011; MAZIERO et al., 2013).

Os registros de enfermagem integram o processo de enfermagem. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras deve ser sistematizada de forma a organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, possibilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009; COSTA; PAZ; SOUZA, 2010).

Em 2012, o COFEN delibera a resolução 429, que dispõe sobre o Registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte, tradicional ou eletrônico. Define nos seus Art. 1º e 2º como “responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem registrar”, seja no prontuário do paciente ou em documento próprio da instituição, “as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho”, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência prestada (COFEN, 2012, p.288).

A temática dos registros de enfermagem vem sendo estudada há tempos, e os estudos revelam que, mesmo frente a um esforço da enfermagem em buscar uma comunicação mais efetiva e o concretizar o registro do Processo de Enfermagem, há inúmeros desafios a serem vencidos nas instituições de saúde, como: a falta de capacitação dos profissionais, ambientes estressantes de trabalho e sobrecarga de trabalho, os quais são associados à realização dos registros das ações de enfermagem de baixa qualidade (SHEWANGIZAW; MERSHA, 2015; NASCIMENTO, 2014; BORSATO et al., 2011).

Acredita-se que, além da realização de capacitações e treinamentos através de educação permanente nas instituições, melhoria

da formação dos profissionais na academia, e melhores condições de trabalho, existam outras mudanças que possam atuar no aperfeiçoamento do registro de enfermagem, como por exemplo, a forma como esse registro é executado nas instituições. Muitas vezes, os modelos de registro existentes não favorecem a clareza, objetividade e completude das informações que devem ser registradas, influenciado negativamente a qualidade das anotações.

Compreendendo a importância dos registros para uma assistência de qualidade esse estudo teve como objetivo levantar com as equipes de enfermagem das unidades de internação adulto de um hospital universitário, os aspectos positivos e negativos, e as sugestões de mudanças no registro das ações de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, realizada no período de setembro de 2014 a maio de 2015, em 4 unidades de internação adulto de um Hospital Universitário localizado em uma capital de estado na região Sul do Brasil, caracterizado como hospital geral, vinculado ao Serviço Público Federal e que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estas unidades somam 101 leitos ativos e atendem diversas especialidades médicas, clínicas e cirúrgicas.

Cada unidade possui características peculiares, com números de leitos e de profissionais de enfermagem diferenciados. Todas, porém, contam com uma chefia de enfermagem, enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuam nos turnos matutino, vespertino e noturno.

A SAE é realizada diariamente, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, seguindo as regras da enfermagem da instituição que prevê o registro do Processo de Enfermagem iniciando com um histórico de enfermagem nas primeiras 24 horas de internação com prescrição de enfermagem subsequente.

No histórico é realizada a identificação dos problemas, para os quais, serão prescritos os cuidados. Na continuidade, os cuidados previstos na prescrição de enfermagem são implementados e o enfermeiro evolui a resposta do paciente aos cuidados de enfermagem a cada 24 horas em um sistema eletrônico – prontuário informatizado. Técnicos e auxiliares de enfermagem registram suas ações, assim como resultados de cuidados e tratamentos, sinais e sintomas observados em pacientes e intercorrências a cada turno de trabalho em um impresso

intitulado “observações complementares de enfermagem” (OCE). Situações específicas como sinais vitais, checagem de ministração de medicamentos, controle de eliminações e outros, são registradas em impressos específicos do prontuário do paciente.

Com estes dados, exame físico e observações pessoais o enfermeiro elabora a cada 24 horas uma evolução do paciente, readequando a prescrição se necessário.

Para apreender a percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca das anotações de enfermagem realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem e obter sugestões para a melhoria destes registros, o presente estudo contou com a participação de 21 profissionais de enfermagem que atuam nas unidades de internação de adultos, escolhidos intencionalmente, de modo a contemplar enfermeiros (em atividade assistencial e em cargos de chefia), técnicos e auxiliares de enfermagem, com atuação nos turnos matutino, vespertino e noturno das 4 unidades assistenciais estudadas. Os sujeitos foram convidados a participar do estudo e fizeram parte do mesmo aqueles que voluntariamente aceitaram participar, totalizando 8 enfermeiros (4 chefes de unidade e 4 enfermeiros assistenciais), 11 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem. Destes 4 pertenciam a unidade de internação cirúrgica I, 4 a unidade de cirúrgica 2, 7 a unidade de clínica médica I e 6 a unidade de clínica médica 2. Oito trabalhadores atuavam no período matutino, oito no período vespertino e 5 no noturno.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas gravadas mediante autorização prévia do entrevistado; utilizaram-se entrevistas diferenciadas para enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. Buscou-se identificar as percepções a respeito do registro de enfermagem, os aspectos positivos e negativos do atual instrumento de registro das ações de enfermagem e intercorrências do paciente, bem como sugestões de mudanças na perspectiva destes dois grupos profissionais. A coleta de dados foi encerrada quando as informações passaram a se repetir, não surgindo novas considerações.

Os enfermeiros foram incluídos como sujeitos do estudo, pois na instituição, diariamente, sintetizam as anotações realizadas pelos técnicos e auxiliares no prontuário do paciente e com estas anotações, com o exame físico e visitas diárias que fazem aos pacientes planejam continuamente as assistências ao paciente.

Foram excluídos do estudo os profissionais que não aceitaram participar; os que estavam afastados para tratamento de saúde, licença maternidade, licença prêmio e/ou outros motivos que impossibilitaram o acesso a essas pessoas no momento estabelecido para a coleta de dados.

Os dados das entrevistas foram transcritos e organizados e posteriormente analisados com base na análise de conteúdo de Bardin (2011), que agrega um “conjunto de técnicas de análises de comunicações” e a descrição analítica orienta-se por procedimentos sistemáticos “de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2011).

Os dados das entrevistas foram codificados, classificados e categorizados após leitura exaustiva e detalhada resultando nas categorias: Aspectos positivos dos registros de enfermagem, Aspectos negativos dos registros de enfermagem e Um novo instrumento de registro de enfermagem – sugestões de mudança.

A pesquisa foi norteada pela Resolução 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2012) e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 526.935 e autorizada pela Direção Geral do HU/UFSC.

RESULTADOS

Características dos participantes do estudo

O estudo contou com a participação majoritária de mulheres (20), na faixa etária entre 20 e 50 anos. Predominou a faixa etária entres 30 a 40 anos, com 11 entrevistados, seguido de 6 com idade entre 20 – 30 anos e 4 entre 40 - 50 anos.

Quanto à formação, três entrevistados técnicos de enfermagem já possuem graduação em Enfermagem. Um técnico está com graduação em enfermagem em andamento e um técnico é graduado em Pedagogia. Dos auxiliares de enfermagem um possui formação em Enfermagem. Dentre os enfermeiros, quatro possuem Mestrado em Enfermagem e um está em processo de doutoramento. A média de tempo de profissão dos entrevistados ficou em 12 anos, o tempo médio de serviço na instituição em 9 anos.

Considerando a opinião dos entrevistados obteve-se três grandes categorias, quais sejam: Aspectos positivos dos registros de enfermagem, Aspectos negativos do registro de enfermagem e Um novo instrumento de registro de enfermagem – as sugestões de mudança.

ASPECTOS POSITIVOS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Existe um consenso entre os entrevistados, enfermeiros, técnicos e auxiliares, de que os registros de enfermagem fazem parte de suas funções e que são fundamentais para a continuidade da assistência, bem como servem de instrumento para a comprovação de suas ações e respaldo legal, conforme evidenciado nas falas abaixo:

O registro é obrigatório fazer pra todos saberem o que aconteceu com o paciente, senão tu não tens continuidade no atendimento. (T1)

É um momento que tu vai acabar passando para o papel tudo o que tu desenvolveu no paciente. Então tu estás oficializando, na verdade, o teu serviço. A gente tem que registrar o que a gente faz para estar tudo documentado, até para poder se resguardar em um problema futuro. (T6)

É um registro das atividades daquele funcionário, pra que não passe em branco [...] seria uma forma legal de comprovar que ele esteve aqui trabalhando e registrar o serviço dele. (E5)

Alguns enfermeiros ressaltam ainda que as anotações servem como base de informações para o registro da SAE.

Então assim, para mim que uso a folha, ela é boa, para eu usar, para ver as informações [...]. tem tudo ali, está na mão. (E4)

As anotações de enfermagem dos técnicos e auxiliares de enfermagem são realizadas em um impresso próprio chamado de “Observações Complementares de Enfermagem”, que durante a internação fica guardado fora do prontuário do paciente e ao final da internação deve ser anexado ao prontuário. Este modelo de impresso deveria servir a toda instituição, porém passou por modificações, sendo que em algumas unidades assistenciais as OCE são realizadas no verso do impresso em que consta a prescrição de enfermagem. Nestes casos as observações complementares integram o prontuário desde a internação. Sobre este aspecto, nas unidades aonde a OCE vem sendo realizada no

verso da prescrição de enfermagem, a equipe tem notado uma maior atenção para as prescrições e avalia que essa prática favorece a visão do que se passou com o paciente nas 24h.

Ponto positivo acho que, a visão das vinte e quatro horas ali numa folha só. Tu não precisas virar, tu não precisas ter que resumir. Para nós, o fato de estar junto com a prescrição de enfermagem, eu acho bem interessante. (E4)

E, até para quem vai fazer a folha, porque daí faz e já tem do outro lado e já responde a prescrição, mais prático. (E7)

Acho ótimo [prescrição no verso da anotação], porque às vezes assim, as vezes tu tem que estar consultando para saber os cuidados que tem que tomar, e antes ficava no prontuário, tinhas que ir atrás do prontuário para pegar a prescrição para poder evoluir teu paciente. Então é mais fácil desse jeito, muito mais prático para a gente. (T1)

ASPECTOS NEGATIVOS DO REGISTRO DE ENFERMAGEM

Invisibilidade e Desvalorização das Observações Complementares de Enfermagem

Um fator que interfere na qualidade das observações complementares de enfermagem, por parte de auxiliares e técnicos de enfermagem é a história deste instrumento ao longo da trajetória institucional. Inicialmente as OCE eram inutilizadas ao final da internação. O enfermeiro utilizava esse instrumento para a elaboração das evoluções diárias de enfermagem. O fato das OCE não permanecerem no prontuário do paciente gerou ao longo dos anos descontentamento dos técnicos e auxiliares de enfermagem, que sentiam seu esforço desvalorizado e acusavam a invisibilidade de seu trabalho pela equipe multiprofissional. Essa condição pode ser responsável pela queda da qualidade destas anotações, que com o tempo passaram a ser subutilizadas pelos enfermeiros.

Em 2013 uma determinação da Diretoria de Enfermagem com base na Resolução COFEN 358/2009, estabeleceu que esse documento permanecesse no prontuário do paciente. A dinâmica da instituição, o uso intensivo dos prontuários por profissionais e estudantes dificulta que os técnicos e auxiliares tenham acesso a esse impresso. Para facilitar, estes são deixados em uma prancheta até o final do dia, quando então são arquivados no prontuário do paciente. O fato de este impresso ser mantido fora do prontuário facilita que o mesmo se extravie, por vezes.

Ainda a qualidade ruim deste documento faz com que os enfermeiros não o utilizem para a evolução do paciente e nem mesmo para a passagem de plantão, fato observado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, que se ressentem com isso:

Eu acredito que ele não faça parte do prontuário do paciente, ele acaba se perdendo. Muitas vezes os pacientes tem alta, o prontuário vai para o SAME e a anotação complementar de enfermagem fica aqui no posto [de enfermagem], se perdendo. E vou te falar que eu desanimei assim, eu já não faço mais a minha anotação complementar como eu fazia antes. Porque assim, antes a nossa anotação ainda tinha certo valor quando ela era usada por vocês, pelos enfermeiros para passarem o plantão. Agora com a mudança da passagem de plantão, a nossa folha, ela não tem valor, então eu realmente deixei assim, já não dou tanta importância. Porque a gente sabe que nenhum outro profissional olha isso aqui, nem o enfermeiro olha, imagina se o médico vai olhar, a nutrição, a fisioterapia [...] ninguém vai olhar. (T3)

Agora vocês guardam, mas muitas vezes não eram guardadas as nossas folhinhas. Quantas vezes eu vi indo pro lixo. É um trabalho meio frustrante né, tu escreves, escreve, escreves, uma hora ‘*pá*’, no lixo. (T10)

Eu não usava mais nos últimos anos, pra ser bem sincera nos últimos dois anos eu não estava mais usando [...] Uma ou duas [enfermeiras] pegam a observação complementar para fazer a prescrição, para fazer a evolução. Na passagem de plantão elas não usam mais (E1)

Embora se saiba que o correto é registrar as ações, procedimentos, intercorrências e outros logo após a sua realização, a organização do trabalho da enfermagem e a sobrecarga de atividades, leva que parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem defenda que as anotações devam ser escritas ao final do turno de trabalho. Para estes participantes essa prática permite a melhor organização das informações. Outros preferem relatar seus cuidados algumas horas antes do término do plantão

Eu costumo fazer todo o meu trabalho para depois registrar, porque muitas vezes acontece alguma intercorrência e a gente tem que ficar acrescentando, então eu, geralmente, deixo para o término do plantão, pra que essa anotação seja uma coisa mais completa. (T3)

Eu costumo sempre fazer, vamos dizer, mais na parte final. Não propriamente no último momento, mas tipo, de seis horas eu faço da quarta hora em diante. Que tu já teve mais ou menos alguma noção do que aconteceu e vai acontecer. E até porque a gente tem no final do turno um pouco mais de atividade para fazer, então fica muito complicado deixar tudo para o final. Então, faço esse pré-adiantamento ali e daí depois no final a gente termina todas as medidas e coisas que são feitas até as dezoito e trinta. (T6)

Duplicidade de informações e de impressos e Inexistência de instrumento padrão para as anotações complementares

Outro aspecto considerado negativo é a inexistência de um modelo padronizado de instrumento na instituição, conforme citado anteriormente. Embora a instituição tenha adotado um impresso padrão inicialmente, as dificuldades na utilização deste levaram a elaboração de alternativas e hoje há diversos modelos de impresso em uso. O instrumento padronizado pela instituição é uma folha na qual consta o nome e código do impresso, espaço para registro do nome do paciente, leito e número do prontuário e o local para as anotações de enfermagem,

que é uma sequência de linhas sem divisão, assim como um caderno. Esse impresso padrão vem sendo substituído por outro semelhante, com subdivisões por turno de trabalho no espaço dedicado as anotações de enfermagem. Esse modelo é considerado mais adequado pelos participantes do estudo, porém manifestam-se as seguintes percepções.

Gosto do sistema que está hoje, que foi implementado depois, só com intercorrências tarde e noite, que antigamente a gente utilizava a folha corrida, entra e sai, tu perde uma, esquece tudo do paciente, porque tem vários dias e essa ficou muito mais organizada. (T1)

É, na verdade, o instrumento acaba por não ter nada padronizado, acaba cada um fazendo meio do seu jeito. (T6)

Além disso, percebe-se uma divergência em relação ao padrão institucional de registro na folha de observações complementares. O padrão prevê que em cada turno de trabalho o profissional deve elaborar um registro completo, respondendo a prescrição de enfermagem, porém alguns participantes consideram essa prática como perda de tempo, pois as informações se repetem.

Na minha unidade, na verdade, a gente tem três momentos: o da manhã, que é o meu horário, a gente faz a evolução completa, tudo o que aconteceu com o paciente, estado neurológico. No período da tarde e da noite, sei lá, tem somente intercorrências e se alterou qualquer outra parte do quadro do paciente. (T1)

Ela é muito repetitiva. Na realidade a gente perde um grande tempo fazendo uma coisa que todo mundo acaba escrevendo praticamente igual [...] deveria ser mais prático, uma coisa mais sucinta [...] tem que ser completo, todos têm, todo mundo que registra em todos os turnos tem de ser completos, céfalo caudal e tal [...] então isso acaba sendo repetitivo, então a gente perde esse tempo [...] (T8)

Mas, as nossas folhinhas dão certa frustração, porque fica escrevendo, ainda mais na clínica médica, a gente escreve muitas vezes as mesmas coisas, paciente às vezes que fica internado muito tempo, a gente fica muito tempo fazendo a mesma coisa nas folhinhas e não vê assim uma mudança, uma coisa nova, que tudo se moderniza, mas isso a gente não vê isso se modernizar [...] (T10)

Apesar do entendimento da equipe da necessidade de anotar os dados numéricos como sinais vitais, glicemias e eliminações, em impressos que possibilitem a visualização rápida e organizada destes parâmetros, há uma forte crítica em relação à diversidade de impressos para a anotação dos mesmos dados, assim como quanto à formatação de alguns destes, onde não há espaço suficiente para as anotações.

A gente tem o nosso controle interno de diurese, a gente anota ali os eliminados e depois o pessoal da noite pega tudo e passa para o prontuário o valor das 24h. Isso eu acho tranquilo porque organiza melhor pra gente Os sinais vitais cada um passa no prontuário, acho bem viável. A glicemia que a gente tem duas folhas, uma interna e a do prontuário. Na verdade a gente tem um funcionário que fica pra fazer a glicemia de todo mundo [todos os pacientes] e corrigir [correção da glicemia]. Isso que não gosto da rotina daqui. E pra passar para o prontuário fica confuso pra data e horário do HGT, porque fica desorganizado todos os dados juntos (glicemia, eliminados e sinais vitais). E a assinatura também é só no final, então fica confuso tu botar um monte de coisa ali e eu assinar no final, vão achar que fui eu, mas não fui eu que anotei. (T1)

O que eu vejo aqui na HU é muita repetição [...] é muito impresso para ser preenchido [...] tem a prancheta do HGT, eu preciso passar o HGT na prancheta do HGT, eu preciso passar a quantidade de insulina [...] a correção que eu vou fazer na prancheta do HGT eu preciso passar no relatório de insulina que tem no prontuário e preciso anotar na folhinha de anotação complementar. [...] é o

mesmo registro 20 milhões de vezes. Que mais? [...] Os sinais vitais, é a mesma coisa, vai para o prontuário, vai pra folhinha de anotações complementares. Então, eu acredito que esse é um ponto negativo, que é muito impresso, é muita coisa pra escrever pra dizer uma coisa só [...] (A2)

[...] a forma que ela é escrita pro nível médio e o tempo que se perde pra escrever ela (OCE), a quantidade de formulários que o HU responde, que é muito formulário, é muito papel, tu bota os mesmos dados em vários lugares, isso desestimula o funcionário a escrever melhor. (E1)

Má qualidade dos registros

Ainda quando explorado sobre a qualidade das anotações, há um consenso entre os profissionais de que há falhas importantes na escrita, na identificação do paciente, assim como no relato das intercorrências. Relacionam a baixa qualidade dos registros ao pouco tempo que possuem para a realização do cuidado, a sobrecarga de trabalho e ao instrumento de anotação que é pouco funcional:

Só que às vezes pelo fato de ser tão repetitivo, às vezes ele é meio falho né, faltam algumas informações nele, mesmo sendo uma coisa que a gente escreve bastante, que se repete. Às vezes a gente repete tanto que acaba deixando de registrar algumas coisas importantes. (T8)

Faço o registro no final do plantão. É corrido. Normalmente acaba saindo depois do horário para complementar a evolução [...] Abreviando muita coisa para deixar mais sucinta devido à falta de tempo. (T1)

Eu também acho que a diminuição no número de funcionários na nossa clínica dificulta a nossa anotação, então nem sempre a nossa anotação é aquilo que deveria ser, contendo tudo aquilo que a gente deveria passar pro outro plantão. (T3)

A outra coisa é que eu acho que ela é muito subjetiva, cada um faz, tem uns que fazem com

uma qualidade excelente, que gostam de escrever mais, tem outros que são mais sucintos e que escrevem super pouco. (E6)

Os enfermeiros fazem ainda uma crítica mais expressiva em relação à má qualidade dos registros, ressaltando a presença de dados repetitivos, erros de português, abreviaturas, a falta de informações características do paciente, muitas vezes impossibilitando inclusive uma identificação deste indivíduo através das informações ali contidas. Apontam ainda que frequentemente os registros não acrescentam o conhecimento que o enfermeiro já adquiriu através de outros instrumentos (visita, livro de intercorrências, passagem de plantão...) e contam com pouca informação descritiva das ações realizadas, como a descrição de feridas e curativos realizados.

Porque assim, tu te irritas né, com os erros de português. Aqui na clinica tem uns erros absurdos e é tão conciso que eu não vou perder o meu tempo... Hoje tu lê, não tem descrição de curativo, é um monte de símbolos, monte de abreviaturas [...] (E1)

Fazem também uma reflexão acerca das prescrições de enfermagem, identificando uma relação direta entre boas prescrições de enfermagem e anotações adequadas, pois se o enfermeiro não realizar suas prescrições com coerência, atualizá-las de acordo com a evolução do paciente, as anotações dificilmente irão corresponder ao que está sendo solicitado:

Porque tudo começa, na minha visão, se tu não tens, se o enfermeiro que está na assistência, ele não valoriza a prescrição que ele faz, o técnico não valoriza a retirada da prescrição, e se ele não valoriza a retirada da prescrição, ele não responde aquilo que tu prescreveu [...] (E1)

UM NOVO INSTRUMENTO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM - SUGESTÕES DE MUDANÇA

Ao abordar as sugestões de mudança percebe-se que afloram insatisfações com as OCE e que há um desejo latente de mudanças neste instrumento. Sobre estes aspectos destacam-se a falta de praticidade, o formato de registro manual, a sobrecarga de trabalho, e o sentimento de insatisfação:

Eu sou da opinião que a nossa anotação complementar deveria ser mais prática, eu acho que o nosso modelo não condiz com a nossa realidade da clínica, entende? Para mim, eu gostaria que o instrumento mudasse, seria mais prático. (T3)

Então, eu acho que ele poderia ser um pouco mais prático porque muitas vezes a gente tá com vários pacientes graves e aí tu perde tempo escrevendo e tu poderia estar dando uma atenção maior para o paciente. (T5)

Quanto às sugestões de mudanças nos instrumentos de registros estas são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Sugestões de mudanças nos instrumentos de registro de enfermagem, propostas pelos profissionais entrevistados, Florianópolis, 2016.

Sugestão	Algumas falas
Padronização do impresso para as unidades de internação	Eu acho que para funcionamento melhor do hospital, de maneira geral, eu mudaria isso [...] Estipular um registro único, para os setores [...] Eu acho que facilitava bastante. (A2) Só essa questão mesmo da padronização e de estar guardando no prontuário. (E2)
Reunião do registro das observações complementares de enfermagem às prescrições de enfermagem (frente-verso)	Então se tiver atrás [da prescrição de enfermagem], seria mais fácil, e assim, a gente pode ter acesso e ficar conosco, não só no prontuário. (T2) Eu acho que o registro ele tinha que ser vinculado à prescrição [de enfermagem], sabe, assim [...] imprimia a prescrição e atrás faz o registro de enfermagem [...] (E1)

Adoção de impresso único para registro de controles como glicemia, sinais vitais e eliminação	Talvez, principalmente a folha de sinais vitais, que é a que o pessoal mais pega, mais precisa, continuar aquele mesmo, entendeu. E assim, eu também acho que seria necessário se tu vai passar em uma folha, passar em uma folha só, não passar em todas, que nem hoje em dia acontece. A gente passa no prontuário, passa aqui, a mesma coisa, o HGT tem lá, fazer só, uma folhinha. É cansativo, tu tem que estar pegando várias vezes para passar. (T2)
Espaço para diagnóstico médico	Ai, campo de diagnóstico (médico), pra colocar, porque era interessante para passar plantão [...] (E7)
Diminuir a repetição de dados	Então, como eu te falei, dados objetivos, que estão descritos ali o valor [número] com o nome da pessoa, o valor, o horário e assinado pela pessoa do lado, pra mim não necessita ele repetir o dado na anotação complementar. Para mim já está muito claro que este foi o trabalho dele, eu acho que ele pode colocar a intercorrência lá na folhinha dele de anotação complementar, hipertensivo medicado, só, sem precisar colocar os valores. (E5)
Modelo de impresso misto com <i>check-list</i> e espaço para anotações descritivas manuais ou informatizadas	<p>É uma forma mais cansativa, porque tu demandas de escrever tudo (manual). [...]. Então, talvez mudar esse instrumento, pra fazer uma coisa mais tranquila de preencher, tipo um <i>check-list</i>, porque ele demanda muito tempo. (T2)</p> <p>Acho que não deveria ser de forma escrita, mas no sistema [...]. Deveria ser informatizado. (T7)</p> <p>Deveria ser mais prático, uma coisa mais sucinta, que a gente relatasse só as intercorrências, de repente assinalasse o que mantivesse igual. (T8)</p> <p>Na minha visão, eu faria mais ou menos um <i>check-list</i> do que tá na prescrição, faria eles fazerem uma análise criteriosa da situação, tipo descrever um curativo, descrever uma punção, descrever um curativo, mas isso teria que ser uma coisa, uma mudança do próprio sistema de computador, pra gente, entre outros setores do hospital [...] (E1)</p>

Fonte: elaborado pela autora, 2016.

DISCUSSÃO

Percebe-se nos resultados do estudo que os participantes têm a compreensão da importância dos registros para a assistência de enfermagem e para a qualidade do cuidado prestado ao paciente, estando de acordo com o que aponta a literatura. As Anotações de Enfermagem são responsabilidade de toda a equipe e os registros dos técnicos e auxiliares de enfermagem, subsidiam o trabalho do enfermeiro, que realiza a síntese destes registros e com isso estabelece os planos de cuidados/prescrições em resposta a evolução e necessidade do paciente. Os registros da equipe de Enfermagem são fundamentais para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência (COREN/SP, 2009).

De modo geral constata-se no estudo que os profissionais têm consciência da importância dos registros de enfermagem, e de seu papel para a continuidade da assistência. Os registros da equipe de enfermagem subsidiam a avaliação do enfermeiro sobre a condição do paciente e possibilitam o planejamento dos cuidados individualizados ao paciente, além de fornecer respaldo ético e legal. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado em Natal/RN, em que, os profissionais relacionaram a importância do registro para documentar a assistência prestada (AZEVEDO et al., 2012).

Além disso, a literatura traz que os registros de enfermagem são fundamentais para o ensino e a pesquisa; fonte de dados para auditorias, para controle e planejamento financeiro; avaliação da qualidade da assistência e segurança do paciente (AZEVEDO et al., 2012; PIMPÃO et al., 2010).

Esta reflexão nos traz uma preocupação quanto a real amplitude da percepção da importância dos registros de enfermagem por parte da equipe, podendo refletir diretamente na qualidade desta atividade. É necessário que a equipe de enfermagem perceba que, quanto melhor registrar suas ações, mais estará concretizando e valorizando seu trabalho, além de favorecer a segurança do paciente (SANTOS et al., 2013).

Ainda em relação aos aspectos positivos, os participantes do estudo destacaram a inclusão das OCE no prontuário, estando essa integrada à prescrição de enfermagem. A junção do registro de enfermagem dos técnicos e/ou auxiliares com as prescrições de enfermagem reforça a atenção dos profissionais para com as prescrições

e permite uma melhor avaliação das respostas do paciente às ações realizadas.

Além do mais, o histórico de desvalorização das OCE na instituição, faz com que a sua inclusão no prontuário, ao lado da prescrição de enfermagem signifique reconhecimento, resultando em satisfação por parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Essa condição pode resultar em anotações de maior qualidade. Cabe ressaltar que isto é possível tendo em vista que a instituição do estudo possui o PE consolidado há muitos anos, e que os enfermeiros registram diariamente a prescrição e evolução no prontuário do paciente. Esta realidade ainda não se faz presente em muitas instituições brasileiras, conforme evidenciado em estudos como o de Franco, Akemi e D'Inocento (2012) em um hospital de Mogi das Cruzes/SP, e o de Pedrosa, Souza e Monteiro (2011), em um hospital público de ensino de Natal/RN, onde a ausência da realização de evoluções, históricos e prescrições pelos enfermeiros é frequente.

Ao mesmo tempo em que os entrevistados apontaram a importância dos registros de enfermagem para a continuidade da assistência, ressaltaram diversas fragilidades vivenciadas no modo atual de realizar os registros. Percepções semelhantes foram encontradas em estudo realizado por Colaço e outros (2015) no qual enfermeiros apontam a baixa frequência com que seus registros são consultados pela equipe multiprofissional, gerando pouco estímulo a essa prática (COLAÇO et al., 2015).

Os dados analisados ainda trouxeram outros aspectos negativos como a falta de padronização do instrumento para o registro das OCE, a replicação de dados nos turnos de trabalho, a sobrecarga de trabalho, a duplicidade de impressos para registro de controles, culminando numa má qualidade dos registros realizados.

A inexistência de padronização do instrumento para realizar as OCE acaba por dificultar o controle de qualidade destes registros. Além disto, quando os pacientes são transferidos de uma unidade para outra, na própria instituição é necessário que novos impressos sejam iniciados, tendo em vista que cada setor realiza suas anotações de forma diferenciada, interferindo na comunicação, prejudicando a continuidade da assistência e proporcionando maior risco de perda dos dados e danos ao paciente. Rosa e colaboradores (2012) em um estudo em Belo Horizonte/MG sobre a auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem, defendem que a padronização da linguagem utilizada pela enfermagem nos registros contribui para uma comunicação mais adequada e efetiva entre os profissionais, uma vez

que tornam os registros mais confiáveis, permitindo uma melhor avaliação da qualidade do cuidado prestado. A padronização da linguagem se torna mais fácil se o instrumento utilizado for único para toda a instituição, favorecendo inclusive a avaliação e verificação dos registros realizados.

Outro aspecto questionado pelos participantes do estudo é a obrigatoriedade de formalização de uma anotação completa por turno de trabalho. Para eles essa prática gera repetição de dados. Consideram que essa obrigatoriedade os faz deixar de anotar respostas a tratamentos e outros que seriam de maior importância para o acompanhamento do paciente. No entanto, tal entendimento constitui-se em uma distorção uma vez que esse impresso presta-se principalmente para a anotação de sinais e sintomas apresentados pelo paciente em determinado momento, tratamentos e cuidados executados e seus resultados, não havendo necessidade de duplicar informações. Azevedo e outros autores (2012) destacam a diferença entre as anotações de enfermagem, que possuem dados brutos pontuais e são referentes a um momento, àquelas registradas na evolução do paciente que implicam em análise dos dados que são processados e contextualizados, referentes a um período de 24h, refletindo o raciocínio clínico e as evidências científicas (AZEVEDO et al., 2012).

Em relação à organização do trabalho, em todas as unidades as ações realizadas a cada turno, são registradas ao final do mesmo ou próximo a ele e não logo após o acontecimento ou realização da atividade como é recomendável. Geralmente não há registro do horário em que os fatos aconteceram, o que se constitui um problema para a segurança das informações.

Quanto a este aspecto, ainda no estudo de Azevedo e outros (2012), o registro da hora esteve ausente em todos os relatos dos participantes, também ocorrendo próximo ao final do turno, exceto procedimentos específicos, como retirada de drenos, em que era anotada a hora exata da ação. Esta prática aumenta a chance dos profissionais confundirem os dados dos pacientes na hora de registrar, misturando informações sobre pacientes diferentes, além de não indicar o momento exato da realização dos procedimentos. Ademais, torna o ato de registrar maçante, cansativo e mecânico, diante da necessidade de anotação de muitas ocorrências em um mesmo momento. . Essa prática pode resultar em informações confusas, incompletas e até ausentes, acarretando prejuízos na documentação da assistência, dificultando ou até inviabilizando sua utilização em processos legais ou de auditorias (AZEVEDO et al., 2012).

Outro aspecto que dificulta a realização das anotações é a quantidade de impressos diferentes dentro do prontuário do paciente para a realização dos registros de dados como sinais vitais, eliminações e glicemias, sobrecarregando o profissional em suas atividades e proporcionando maior chance da perda destes dados. Sobre esse aspecto também estudo realizado em uma UTI de um hospital escola observou a presença de muitos instrumentos de registro, e destacou-se que essa prática fraciona as informações, acarretando, por vezes, certa desarticulação e/ou desorganização dessas (COLAÇO et al., 2015).

Assim como apontado pelos participantes deste estudo, outras pesquisas encontraram registros inadequados da equipe de enfermagem, seja por falta de informações, presença de erros/rasuras/siglas e abreviaturas não padronizadas, ausência ou incompletude da identificação profissional, bem como carência de informações relevantes a avaliação de saúde e cuidado prestado ao paciente (NASCIMENTO, 2014; SEIGNEMARTIN et al., 2013; PRADO; ASSIS, 2011; COSTA; PAZ; SOUZA, 2010).

Uma justificativa apontada pelos participantes deste estudo para a má qualidade dos registros foi à falta de tempo e esgotamento pela sobrecarga de trabalho, relacionados principalmente a complexidade dos pacientes em cuidado e a falta frequente de funcionários; e o instrumento utilizado para o registro que é pouco funcional, já que é confeccionado em linhas em branco para o registro manual.

Tais dificuldades são observadas também em estudo que tratam das limitações nos registros de enfermagem, do processo de enfermagem em ambiente hospitalar. Em estudo realizado em Hospital Geral da Etiópia, aparece como dificuldade para a qualidade dos registros o alto fluxo de pacientes, grande complexidade dos cuidados e ambiente estressante (SHEWANGIZAW; MERSHA, 2015).

Duque (2014) traz a experiência de aplicabilidade do Processo de Enfermagem em uma instituição de alta complexidade na Colômbia, no qual os profissionais de enfermagem relataram que o excesso de pacientes sob seus cuidados dificultam a aplicabilidade do método científico e da realização dos registros.

Ainda em relação aos registros de enfermagem, embora não tenha sido citado neste estudo, Maziero e colaboradores (2013) chamam a atenção para necessidade de um processo contínuo de avaliação das anotações, condição fundamental para a melhoria do PE, sendo esta uma responsabilidade do enfermeiro, que tem que verificar o registro realizado pela equipe e orientar quando os mesmos estiverem frágeis. Segundo os autores, instituições que possuem auditorias conseguem

analisar e acompanhar melhor as anotações, produzindo um *feedback* aos profissionais, aperfeiçoando consideravelmente os registros, como foi o caso de um hospital do norte do Paraná, que possui um serviço de Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem (MAZIERO et al., 2013).

Em relação à falta de praticidade do instrumento utilizado para as OCE, aspecto amplamente abordado pelos participantes, estudo de Franco, Akemi e D’Inocento (2012) apontam que a utilização de impresso adequado pode contribuir para direcionar e orientar o cuidado, além de destacar e valorizar o registro.

Outro aspecto também citado no presente estudo e que merece destaque refere-se à realização de registros informatizados os quais costumam ser mais claros e preenchidos por completo, conferindo maior qualidade, tendo em vista que escritas manuais em impressos pouco funcionais, frequentemente são ilegíveis, desestimulando a leitura e compreensão do prontuário por outros profissionais (SEIGNEMARTIN et al., 2013; SILVA et al., 2012; COSTA; PAZ; SOUZA, 2010).

No entanto, a mudança do processo de registro de dados em papel para o registro eletrônico impõe desafios aos profissionais de saúde e envolvimento de todos. Em um sistema informacional é preciso integrar pessoas, informação, procedimentos, recursos de computação em um objetivo comum de maximizar os benefícios aos seres humanos e as capacidades tecnológicas. Entretanto, tem sido um desafio contínuo aos desenvolvedores e usuários de sistemas aperfeiçoarem o fluxo de trabalho, diminuir a sobrecarga de trabalho dos profissionais e adequarem o design dos dispositivos tecnológicos e sistemas à realidade da prática (BARRA; DAL SASSO, 2010). Essa tecnologia que vem sendo desenvolvida deve ser colocada à disposição dos profissionais para benefício dos pacientes. Além disso, a disponibilidade de computadores, *tablets*, entre outros, nas instituições brasileiras ainda é limitada, dificultando o acesso dos profissionais a estas tecnologias.

Como bem pontuado por Silva e outros (2012), o instrumento de registro impresso, desenvolvido de forma inteligente, pode aperfeiçoar e favorecer o tempo do profissional, e, sobretudo, promover a mobilização da equipe de enfermagem na busca por um cuidado cada vez mais hábil, com segurança e responsabilidade. A necessidade de um instrumento simplificado, padronizado em toda a instituição é uma posição unanime de todos os participantes do estudo. Segundo o grupo esse instrumento deve possibilitar a objetividade nas anotações e ao mesmo tempo permitir complementações de intercorrências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo foi possível compreender a visão dos profissionais de enfermagem sobre seus registros, o modo como são praticados e conseguiu-se promover uma reflexão acerca desta atividade e obter algumas sugestões para um novo modo de realizar as anotações.

Os participantes desta pesquisa entendem os registros de enfermagem como uma ferramenta para a continuidade da assistência, como parte da SAE e como base para respaldo legal. Acreditam que a aproximação dos registros das Observações Complementares de Enfermagem às Prescrições de Enfermagem permite uma melhor visão das ações e resultados dos cuidados. Registram também o potencial desta alternativa para dar visibilidade e valorização ao trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem, ainda hoje pouco reconhecido institucionalmente. A integração do produto do trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem ao prontuário do paciente é uma aspiração destes profissionais e um compromisso das instituições de saúde e dos serviços de enfermagem em face da Resolução 429/2012 do COFEN.

Os profissionais participantes do estudo percebem a fragilidade dos registros de enfermagem, que pode implicar diretamente na baixa qualidade das anotações para as finalidades as quais se destinam, de acompanhamento da condição dos pacientes, tratamentos, pesquisas, atendimento as demandas judiciais e na segurança do paciente.

A equipe de enfermagem destaca fatores limitadores da qualidade dos registros tais como: sentimento de desvalorização das OCE, a inexistência de um instrumento padrão de registro para a instituição, a repetição de dados, muitas vezes irrelevantes, a duplicidade de impressos para registros, fragmentando as informações e somando sobrecarga de trabalho aos profissionais, que já tem sua dinâmica dificultada pelo excesso de funções e falta de profissionais.

Os indicativos de mudanças no atual instrumento de registro das observações complementares, a necessidade de avaliações periódicas do mesmo por auditorias e o investimento em educação continuada são achados substanciais do presente estudo com vistas a uma documentação adequada do cuidado prestado ao paciente. É necessário o investimento em instrumentos de registro, dinâmicos e funcionais da assistência de enfermagem, que valorizem essa prática e estimulem o trabalhador a documentar seu trabalho.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, L.M.N. et al. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 64-73, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/18/14>>. Acesso em: 11 fev. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARRA, D.C.C.; DAL SASSO, G.T.M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006>. Acesso em: 11 fev. 2016.
- BORSATO, F.G. et al. Avaliação da qualidade das registros de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 527-533, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a13v24n4.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- _____. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 14, n. 3, p. 610-617, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a18.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012.
- CARRIJO, A.R.; OGUISSO, T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 59, n. esp, p. 454-458, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea12.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

COLAÇO, A. et al. Registro da avaliação de enfermagem em terapia intensiva: discurso do sujeito coletivo. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 257-266, abr./jun. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Isabel/Downloads/15509-85491-2-PB.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen n. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 03 jun. 2015.

_____. **Resolução Cofen n. 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: Cofen, 2012a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 03 jun. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN/SP). **Anotações de Enfermagem**. São Paulo: COREN/SP, 2009.

COSTA, S.P.; PAZ, A.A.; SOUZA, E.N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100009>. Acesso em: 13 dez. 2015.

DUQUE, P.A. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. **Rev Univ. salud.** Pasto, v. 16, n. 1, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100009>. Acesso em: 11 fev. 2016.

FRANCO, M.T.G.; AKEMI, E.N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002>. Acesso em: 11 fev. 2016.

MAZIERO, V.G. et al. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 165-170, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NASCIMENTO, A.B. Registros da equipe de enfermagem como subsídio à gestão hospitalar. **REAS** [Internet]. v. 3, n. 1, 95-106, 2014. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/937/668>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

PEDROSA, K.K.A.; SOUZA, M.F.G.; MONTEIRO, A.I. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, 568-573, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027976017.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

PIMPÃO, F.D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-410, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

PRADO, P.R.; ASSIS, W.A.L.M. A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares. **CuidArte Enferm.**, v. 5, n. 1, p. 62-68, jan./jun. 2011. Disponível em:

<<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%205%20n.%201%20jan.jun.%202011.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

ROSA, L.A. et al. Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v.16, n. 4, p. 546-554, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/560>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SANTOS, S.P. et al. Avaliação dos registros de enfermagem em hemoterapia de um hospital geral. **AV. Enferm.** Bogotá, v. 31, n. 1, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000100010>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SEIGNEMARTIN, B.A. et al. Avaliação da qualidade das registros de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev Rene.** Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1123-1132, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1352/pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SHEWANGIZAW, Z.; MERSHA, A. Determinants towards Implementation of Nursing Process. **American Journal of Nursing Science**, v. 4, n. 3, p. 45-49, 2015. Disponível em: <<http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.ajns.20150403.11.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SILVA, V.C.G. et al. Mensuração do tempo dos registros manual e eletrônico da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **J. Health Inform.** v. 4, n. 2, p. 37-42, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/173/112>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

5.3 INDICATIVOS PARA UM INSTRUMENTO DE REGISTRO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO

Tendo em vista que:

O HU/UFSC passa por um processo de mudança de gestão com a recente adesão em 2015 à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH e que essa mudança prevê a inserção de um Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU;

Os resultados do estudo não serem suficientes para direcionar uma mudança do modelo de registro e as contribuições dos participantes não atenderem a perspectiva de elaboração de um novo modelo de registro, elaboramos alguns indicativos para repensar e discutir tal modelo no intuito de contribuir para uma maior praticidade e qualidade nos registros realizados atualmente.

Estes indicativos foram obtidos a partir da análise dos dados coletados nas OCE, nos prontuários dos pacientes e nas entrevistas com os profissionais de enfermagem. Da reflexão acerca da temática estudada destacam-se os seguintes indicativos para a posterior construção de um novo instrumento de registro das OCE para as unidades de internação médico-cirúrgicas do HU/UFSC:

1 - Modelo de registro integrado ao processo de informatização do prontuário eletrônico a ser introduzido na instituição, pelo AGHU.

2 – Padronização de um modelo único para todas as unidades de internação de pacientes adulto do HU/UFSC;

3 - Integração das informações dos diversos impressos utilizados, com o intuito de diminuir a repetição de dados registrados no prontuário do paciente;

4 - Reunião da prescrição de enfermagem e das observações complementares em um mesmo espaço sequencial no prontuário paciente;

5 - Auditoria sistemática e continuada dos prontuários, dos registros e da assistência realizada;

6 - Formação de uma comissão de estudo e atualização dos padrões de registro e dos instrumentos básicos que orientam o Processo de Enfermagem, este baseado hoje em documentos feitos na década de 80 e que precisam ser revistos;

7 - Capacitação continuada para a realização dos registros de enfermagem;

- 8 – Elaboração de um Programa de supervisão da assistência e dos registros, a ser implementado pelos enfermeiros nas unidades assistenciais, através de POPs – Procedimentos Operacionais Padrões;
- 9 – Realização de grupos de estudo sobre a teoria de enfermagem adotada;
- 10 - Ampliação da discussão acerca dos registros de enfermagem na formação profissional: nos cursos técnicos, na graduação e na pós-graduação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de realização deste estudo surge em decorrência das experiências e vivências da pesquisadora em seu ambiente de trabalho e das inquietações acerca de como garantir que as ações realizadas pela equipe de enfermagem ao paciente estejam documentadas adequadamente, frente a grande demanda de trabalho existente na instituição.

Entendendo que o registro correto das atividades realizadas pela equipe de enfermagem seja primordial para a continuidade e qualidade da assistência, para a comunicação entre a equipe de saúde, a valorização profissional e subsídio de auditorias, pesquisas e processos éticos e legais. Para tanto foi realizado o estudo com a proposta de elaborar um novo instrumento de registro das ações de enfermagem para as unidades de internação adulto, com base na análise da situação geral dos registros na instituição, na atualidade e nas perspectivas dos trabalhadores acerca deste instrumento.

Para elaborar este instrumento um primeiro passo foi conhecer a situação destes registros na atualidade, suas fortalezas e dificuldades. Sobre este aspecto entende -se que foi alcançado o objetivo; foram analisados os registros das ações de enfermagem realizadas pela equipe de enfermagem no impresso “observações complementares de enfermagem” e no prontuário do paciente, identificando-se que:

- os registros dos técnicos e auxiliares de enfermagem nas observações complementares de enfermagem e nos impressos dos prontuários apresentam, em sua maioria, dados de identificação do paciente e do profissional incompletos, linguagem informal, siglas não padronizadas, termos com pouca objetividade e singularidade, ausência de data e hora, proporcionando erros de reconhecimento do paciente, má interpretação da escrita por parte da equipe, e pouca validade do documento perante processos e auditorias.

- preocupação em garantir anotações e checagens em todos os turnos, porém as anotações frágeis, com pouca qualidade e especificidade, não caracterizando o paciente cuidado e as ações realizadas com o mesmo.

Tais achados denotam a fragilidade da documentação de enfermagem e colocam a necessidade de valorização das Prescrições de Enfermagem e das OCE, assim como dos demais registros do prontuário (controles); educação permanente com capacitação quanto ao conteúdo a ser descrito nos registros, com vistas a minimizar as falhas e

deficiências antes destacadas, assim como auditorias periódicas de prontuário e supervisão intensiva, como atribuição dos enfermeiros.

A ausência de checagem de prescrições médicas e especialmente de enfermagem sugerem a necessidade de acompanhamento da situação e de novas pesquisas para compreender se as mesmas são ou não realizadas em sua totalidade.

A pesquisa permitiu também compreender a visão dos profissionais de enfermagem sobre seus registros, o modo como são praticados e o processo de pesquisa contribui para uma reflexão acerca desta atividade e alcançar sugestões para um novo modo de realizar as anotações.

No que tange as percepções dos participantes quanto aos registros de enfermagem, constata-se que há um entendimento majoritário de que estes são uma ferramenta para a continuidade da assistência, parte integrante da Sistematização da Assistência de Enfermagem e de sua importância como base para respaldo legal do profissional e da instituição.

Os entrevistados foram críticos e ressaltaram as fragilidades e deficiências acerca dos registros de enfermagem, possibilitando a identificação de vários aspectos negativos. O sentimento de desvalorização dos registros realizados nas OCE foi um dado bastante significativo e esteve associado ao fato de que a maioria ainda recorda com frustração o tempo em que estes impressos eram desprezados ao final da internação, não fazendo parte do prontuário do paciente. Também o fato de poucos enfermeiros consultarem esses impressos para a realização da evolução e para a passagem de plantão, é citado como fator desestimulante para a elaboração de registros de qualidade. Sobre esse aspecto enfermeiros confirmam o que é mencionado por técnicos e auxiliares de enfermagem e assumem que utilizam pouco as OCE em função da reduzida qualidade das informações.

Neste sentido parece que se forma aqui um círculo vicioso - registros com baixa qualidade e baixa utilização e valorização dos dados - baixa utilização e valorização dos dados das OCE igual a realização de registros de baixa qualidade.

Sobre este aspecto reforça-se a necessidade de valorização desta etapa do processo de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem. A sugestão dos profissionais de associação das OCE a prescrição de enfermagem em um único instrumento, como parte integrante do prontuário do paciente parece ser um movimento favorável a valorização destes registros, pela visibilidade que confere ao trabalho deste grupo profissional.

Outro achado a ser discutido é a inexistência de um instrumento padrão de registro para a instituição, que foi destacada como prejudicial para a continuidade da assistência, principalmente quando das transferências dos pacientes entre os setores.

Outro aspecto foi a duplicidade de impressos para registro dos mesmos dados gerando com isso fragmentação das informações e sobrecarga de trabalho aos profissionais, que já tem sua dinâmica dificultada pelo excesso de funções e reduzido contingente de *profissionais em algumas situações.

Constatou-se que muitos dos entraves referidos pelos profissionais durante as entrevistas e das fragilidades encontradas na análise dos registros realizados assemelham-se a dados encontrados na revisão de literatura, configurando não só um desafio para a instituição estudada, como também para a enfermagem brasileira.

Foi possível identificar neste debate que as anotações/registros/documentação de enfermagem como são chamadas no Brasil e em várias instituições de outros países, ou seja, as comunicações de enfermagem representam um desafio para a profissão e para as instituições que tem o compromisso de documentar o cuidado e tratamento dos pacientes que utilizam os serviços de saúde. Manter o registro com qualidade, mesmo frente a frequente falta de profissionais, sobrecarga de trabalho e condições de trabalho adversas, tem sido uma tarefa diária árdua para muitos profissionais.

Destaca-se que na literatura nacional há poucos estudos que tratam das anotações realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem caracterizando uma limitação da análise. No cenário internacional a discussão sobre a documentação de enfermagem tem por base uma composição da equipe diferenciada da situação brasileira em que a categoria é formada por profissionais com diferentes níveis de formação.

O estudo conseguiu apresentar alguns indicativos para uma proposta de registro das ações dos técnicos e auxiliares de enfermagem no prontuário do paciente, embora com muitas limitações. Sobre este aspecto cabe destacar que mesmo que a totalidade dos profissionais afirme à importância a necessidade dos registros, poucas são as sugestões efetivas de mudanças. Há uma grande dificuldade entre os profissionais em discutir alternativas viáveis para sua prática. .

Entretanto, mesmo frente às limitações do estudo, acredita-se que a pesquisa contribuiu para uma reflexão na instituição acerca do tema registro de enfermagem. A elaboração do novo instrumento pode contribuir para melhorar os registros de enfermagem e para dar novo impulso a essa atividade, valorizando as anotações realizadas pela

equipe de enfermagem. No cenário acadêmico, o estudo vem somar dados sobre um tema de suma importância e que tem tido pouco enfoque entre os trabalhadores técnicos e auxiliares de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L.M.N. et al. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 64-73, 2012, Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/18/14>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRA, D.C.C.; DAL SASSO, G.T.M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100006>. Acesso em: 11 fev. 2016.

BORSATO, F.G. et al. Avaliação da qualidade das registros de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 527-533, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a13v24n4.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 14, n. 3, p. 610-617, jul./set. 2012. Disponível em:<
https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a18.pdf >. Acesso em: 13 dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012.

_____. **Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961**. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. Diário oficial da União. Brasília, DF, 29 mar. 1961. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D50387.htm>. Acesso em: 29 ago. 2013.

_____. **Decreto 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

CARRIJO, A.R.; OGUISO, T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 59, n. esp, p. 454-458, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea12.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

CASTILHO N.C.; RIBEIRO P.C.; CHIRELLI M.Q. A implementação da Sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 280-289, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/11.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

COLAÇO, A. et al. Registro da avaliação de enfermagem em terapia intensiva: discurso do sujeito coletivo. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 257-266, abr./jun. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Isabel/Downloads/15509-85491-2-PB.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Por que os registros de enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório? In: **Dúvidas Frequentes, Profissão**. Brasília: Cofen, 2012b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio_15619.html>. Acesso em: 03 jun. 2015.

_____. **Resolução Cofen n. 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen, 2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

_____. **Resolução Cofen n. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de

Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 03 jun. 2015.

_____. **Resolução Cofen n. 429/2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: Cofen, 2012a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 03 jun. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Parecer COREN-SC n. 020/AT/2006.** Anotações sobre procedimentos de Enfermagem e sobre material utilizado para a realização dos mesmos. Florianópolis, 30 jun. 2006. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/?c=f&t=6&cod=76>>. Acesso em: 02 out. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN/SP). **Anotações de Enfermagem.** São Paulo: COREN/SP, 2009.

COSTA, S.P.; PAZ, A.A.; SOUZA, E.N. Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100009>. Acesso em: 13 dez. 2015.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Pesquisa de Métodos Mistos.** Métodos de Pesquisa. Tradução: Magda França Lopes; revisão técnica: Dirceu da Silva. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288p.

DUQUE, P.A. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. **Rev Univ. salud.** Pasto, v. 16, n. 1, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100009>. Acesso em: 11 fev. 2016.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de campo: um instrumento de reflexão, 1987. In: TEIXEIRA, A.R., POSSATI, D., REAL, L.C.V. Diário de Campo: DER 313 – Metodologia Qualitativa, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural, **UFRGS**, 2009. Disponível em: xa.yimg.com/kq/groups/24970245/.../Diário+de+Campo_2009_1.ppt. Acesso em: 14 jul 2013.

FERNANDES A.P. et al. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardio pulmonar comparadas ao modelo *Utstein*. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 23, n. 6, p. 757-763, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000600007&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 jul. 2013.

FIGUEIREDO, P.P. et al. A não implementação do processo de enfermagem: reflexão apoiada em conceitos de Deleuze e Guattari. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, 1136-1144, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01136.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.

FERREIRA, T.S. et al. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichan**, v. 9, n. 1, p. 38-49, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000146&pid=S0104-1290201300010002100014&lng=es>. Acesso em: 02 jul. 2013.

FRANCO, M.T.G.; AKEMI, E.N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002>. Acesso em: 11 fev. 2016.

FRANÇOLIN, L. et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2012. Disponível em:

<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3981/2763>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

GARCIA, T.R, NÓBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

GONÇALVES, V.L.M. Anotação de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo (SP): Cone, 2001. p. 221-227.

HADDAD, M.C.L. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** 16. Reimpressão. São Paulo: EPU, 1979. 2005. 99p.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC (HU/UFSC). Documentos básicos. **Modelo Assistencial.** Novembro de 1980. Diretoria de Enfermagem. Hospital Universitário – UFSC. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/enfermagem/documentos/>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

HUITZI-EGILEGOR, J.X. et al. Uso do processo de enfermagem nos serviços públicos e privados de um distrito de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 20, n. 5 [6 telas] set./out. 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 jul. 2013.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. 2. ed. rev. Ampli. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 396p.

MATOS, E. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

_____. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.

MAZIERO, V.G. et al. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 165-170, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S.R.; CABRAL, R.W.L. Desvelando dificuldades operacionais da sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 15, n. 1, p. 44-53, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a05.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GLAVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 maio 2013.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 412p.

MOLINA-GRANERO, J. et al. Proceso de enfermería: qué significa para lãs enfermeras de Santa Cruz (Bolivia)? **Rev. Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 46, n. 4, 973-979, 2012.

MOLINA, J.L. et al. Dudas de enfermería em el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. **Enfermería Global**, v. 19, p. 1-14, jun. 2010. Disponível em:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200021&lng=pt&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 02 jul. 2013.

NASCIMENTO, A.B. Registros da equipe de enfermagem como subsídio à gestão hospitalar. **REAS** [Internet]. v. 3, n. 1, 95-106, 2014. Disponível em:
<<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/937/668>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NAGLIATE, P.C. et al. Programação de ensino individualizado para ambiente virtual de aprendizagem: elaboração do conteúdo registro de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, jan./feb. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700016&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NASCIMENTO, K.C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enfermagem USP**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 out. 2012.

NEVES, R.S.; SHIMIZU, H.E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-229, mar./abr. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034->

71672010000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 jul. 2013.

OCHOA-VIGO, K. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev Esc Enfermagem USP**. São Paulo, v. 35, n. 4, p. 390-398, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41260/448>>. Acesso em: 02 out. 2012.

OLIVEIRA, K.F. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra, v. 3, n. 8, p. 105-114, dez. 2012.

OLIVEIRA, S.K.P.; GUEDES, M.V.C.; LIMA, F.E.T. Registros de enfermagem no controle do balanço hídrico. **Rev enferm UFPE on line**, v. 5, n. 3, p. 553-559, maio, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Isabel/Downloads/601-12721-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

OLIVEIRA, V.C.; CADETTE, M.M.M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 301-306, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

PAVAN, M.V. **SestatNet**: Módulo de Análise por Componentes Principais. Dissertação (Mestrado em Ciências da Computação) – Curso de Pós Graduação em Ciências da Computação, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. 2003.

PEDROSA, K.K.A.; SOUZA, M.F.G.; MONTEIRO, A.I. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, 568-573, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027976017.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

PENEDO, R.M.; SPIRI, W.C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 27, n. 1, p. 86-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n1/pt_0103-2100-ape-27-01-00086.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

PIMPÃO, F.D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-410, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

PRADO, P.R.; ASSIS, W.A.L.M. A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares. **CuidArte Enferm.**, v. 5, n. 1, p. 62-68, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%205%20n.%201%20jan.jun.%202011.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS, 2013.

REPETTO, M.A., SOUZA, M.F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 3, p. 325-329, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 out. 2012.

ROSA, L.A. et al. Auditoria como estratégia de avaliação dos registros de enfermagem em unidade de internação pediátrica. **Rev. Min.**

Enferm. Belo Horizonte, v.16, n. 4, p. 546-554, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/560>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SANTOS, S.P. et al. Avaliação dos registros de enfermagem em hemoterapia de um hospital geral. **AV. Enferm.** Bogotá, v. 31, n. 1, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000100010>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SEIGNEMARTIN, B.A. et al. Avaliação da qualidade das registros de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev Rene.** Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1123-1132, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1352/pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SETZ, V.G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. **Acta Paulista Enfermagem.** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000300012&script=sci_arttext>. Acesso em 02 jul. 2013.

SHEWANGIZAW, Z.; MERSHA, A. Determinants towards Implementation of Nursing Process. **American Journal of Nursing Science**, v. 4, n. 3, p. 45-49, 2015. Disponível em: <<http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.ajns.20150403.11.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SILVA, J.A. et al. Avaliação da qualidade das registros de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc Anna Nery (impr.)** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 576-581, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/21.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SILVA, V.C.G. et al. Mensuração do tempo dos registros manual e eletrônico da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **J. Health Inform.** v. 4, n. 2, p. 37-42, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/173/112>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SILVEIRA, C.L.; LIMA, L.S. Capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem: repercussão nos registros de enfermagem relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 679-685, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500013>. Acesso em: 02 jul. 2013.

SOUZA, P.A.F.; DAL SASSO, G.T.M.; BARRA, D.C.C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-979, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/30.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**: the conceptual framework for the international classification for patient safety. Final technical report and technical annexes [online]. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de avaliação dos registros de enfermagem⁵

Iniciais do paciente:		Nº Registro:		Clínica:	
Quarto/leito:					
Idade:		Sexo:		Data da Internação: __/__/__	
Avaliação e hora:		___/___/___		Data	
Diagnóstico Médico:					
Condição geral do paciente/Grau de dependência:					
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES e PRESCRIÇÕES					
Dados	Critérios de preenchimento	Avaliação por turno			
		T	N	M	
Os dados de identificação do paciente estão presentes?	Considerar nome completo, registro, quarto e leito, diagnóstico médico.				
Os registros estão legíveis e compreensíveis?	Considerar escrita, entendimento durante a leitura, organização da escrita, rasuras, erros de escrita.				
O registro tem data, horário/turno, número COREN e assinatura do funcionário?	Considerar a data que foi feito registro, o horário ou turno de trabalho, nome do profissional, número do COREN e assinatura.				
O registro foi realizado de forma objetiva e científica?	Considerar uso de linguagem formal e universal, presença de opiniões próprias/julgadoras, presença de siglas não padronizadas na instituição, anotações/palavras que permitam mais de uma interpretação, ex: pouco, boa..				

⁵ Baseado nos parâmetros assistenciais da instituição, nas prescrições médicas e de enfermagem, na literatura atual, com ênfase no formulário para auditoria das anotações de enfermagem elaborado na tese de Maria do Carmos L. Haddad (2004), desenvolvida em Ribeirão Preto – SP e na Resolução COFEN nº 429/2012 que dispõe sobre o registro das ações profissionais. Essa etapa tem a finalidade de verificar e analisar a completude dos registros de enfermagem, as fortalezas e fragilidades dos registros realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem (COFEN, 2012).

Há pelo menos 1 anotação descritiva em cada plantão/turno de trabalho?	Deve haver, pelo menos 1 anotação em cada turno, relatando as condições gerais do paciente, as ações prestadas e intercorrências.			
A prescrição de enfermagem foi checada no turno avaliado?	A prescrição de enfermagem correspondente ao turno da anotação avaliada deve ter sido checada corretamente e completamente.			
As anotações respondem aos itens da prescrição de enfermagem?	As anotações devem responder a todos os itens contidos na prescrição de enfermagem do dia avaliado, considerando as principais necessidades biopsico-socio-espirituais:			
a) oxigenação: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da oxigenação do paciente?			
b) hidratação: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da alimentação do paciente?			
c) alimentação: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da hidratação do paciente?			
d) eliminações: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição das eliminações do paciente?			
e) sono e repouso: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição do sono e repouso do paciente?			
f) Atividade física (exercícios e atividades físicas praticadas. Problemas que dificultam a realização de atividades físicas e alterações provocadas pelas mesmas) Mecânica Corporal (postura, atividade motora): observar as	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da atividade física e mecânica corporal do paciente?			

prescrições de enfermagem.				
g) Integridade física (amputação, deformidade, próteses, problemas relacionados ao uso de prótese): observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da integridade física do paciente?			
h) integridade cutâneo-mucosa: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da pele/lesões do paciente?			
i) Cuidado Corporal: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da higiene do paciente?			
j) Regulações (térmica, hormonal, neurológica, hidroeletrolítica, vascular, crescimento celular): observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição das regulações do paciente?			
k) Percepção dos órgãos dos sentidos: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição dos órgãos do sentido do paciente?			
l) Terapêutica: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da terapêutica do paciente?			
m) Sexualidade: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da sexualidade do paciente?			
n) Segurança Física: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição da segurança física do paciente?			

o) Meio Ambiente: observar as prescrições de enfermagem.	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição em relação a esta necessidade?			
p) Necessidades Psicossociais e espirituais (estado emocional, auto-estima, participação, família, lazer, religiosidade): observar as prescrições de enfermagem	Caso houver prescrição, há registro relatando cuidado prestado e/ou condição das necessidades psicossociais e espirituais?			
A prescrição médica foi checada no turno avaliado?	A prescrição médica correspondente ao turno da anotação avaliada deve ter sido checada corretamente e completamente.			
As anotações respondem aos itens da prescrição médica?	As anotações devem responder a todos os itens contidos na prescrição médica do dia avaliado, como medicações realizadas ou não, explicando o porquê e cuidados prescritos.			
As anotações evidenciam prestação de cuidados de enfermagem?	As anotações são claras, concisas, relatam a execução de atendimento ao paciente com alguma peculiaridade.			
As anotações evidenciam observação de sinais e sintomas?	As anotações além de trazerem os sinais e sintomas identificados, também relatam alguma outra observação do paciente.			
Há uma anotação descritiva de admissão, transferência, alta ou óbito?	Quando o paciente foi admitido, foi realizada identificação de sua procedência, horário e condições de chegada; se transferido, foi identificado horário e setor; se obteve alta, foi identificado horário e condições de alta; se óbito, foi identificado horário e cuidados pós-óbito.			
As anotações indicam situações novas não contempladas na prescrição de	Observar nas anotações das OCE se há presença de dado relatado não previsto na prescrição de enfermagem			

enfermagem?				
Há anotações referentes a intercorrências?	Existem anotações ressaltando a existência de intercorrências durante a internação e ou relato da ação tomada para sanar o problema.			

CONTROLE DE SINAIS VITAIS E BALANÇO HÍDRICO				
Há prescrição médica/enfermagem para sinais vitais no turno avaliado? T N M Sim T N M Não Há prescrição médica/enfermagem para eliminações no turno avaliado? T N M Sim T N M Não Há prescrição médica/enfermagem para glicemia no turno avaliado? T N M Sim T N M Não				
Dados	CrITÉRIOS de Preenchimento	Avaliação por turno		
		T	N	M
Os dados de identificação do paciente estão presentes?	Considerar nome completo, idade, registro, quarto e leito e se as anotações estão no local adequado do instrumento.			
Os registros estão legíveis e compreensíveis?	Considerar escrita, entendimento durante a leitura, organização da escrita, rasuras, erros de escrita.			
O registro tem data, horário/turno, COREN e assinatura do funcionário?	Considerar a data que foi feito registro, o horário ou turno de trabalho e assinatura.			
As anotações dos sinais vitais respondem à prescrição médica?	Considerar o registro dos sinais vitais de acordo com o solicitado na prescrição médica.			
As anotações dos eliminados (urina, fezes, êmese, drenagens) respondem à prescrição médica?	Considerar o registro das eliminações de acordo com o solicitado na prescrição médica.			
As anotações dos sinais vitais respondem à prescrição de enfermagem?	Considerar o registro dos sinais vitais de acordo com o solicitado na prescrição de enfermagem.			
As anotações dos eliminados (urina, fezes, êmese, drenagens) respondem à prescrição de enfermagem?	Considerar o registro das eliminações de acordo com o solicitado na prescrição de enfermagem.			

CONTROLE GLICEMIA				
Os dados de identificação do paciente estão presentes?	Considerar nome completo, registro, quarto e leito e se as anotações estão no local adequado do instrumento.			
Os registros estão legíveis e compreensíveis?	Considerar escrita, entendimento durante a leitura, organização da escrita, rasuras, erros de escrita.			
O registro tem data, horário/turno, COREN e assinatura do funcionário?	Considerar a data que foi feito registro, o horário ou turno de trabalho e assinatura.			
As anotações de glicemia respondem à prescrição médica?	Considerar se houve o registro conforme a solicitação de verificação de glicemia na prescrição médica.			
As anotações respondem à prescrição enfermagem?	Considerar se houve o registro conforme a solicitação de verificação de glicemia na prescrição de enfermagem.			
Há registro da realização de protocolo para hipoglicemia?	Considerar se houve o registro no local adequado do instrumento, referente a realização do protocolo			
Há registro da realização ou não de correção insulínica?	Considerar se houve o registro conforme a solicitação de verificação de correção na prescrição médica, quando presente.			

Critérios de avaliação: 1 – não se aplica; 2 – completo; 3 – incompleto; 4 – não preenchido; 5 – incorreto

Considerando como completo, aqueles que correspondem a 100% dos critérios de preenchimento; incompleto aqueles que corresponderem parcialmente aos critérios de preenchimento; não preenchido, aqueles que estiverem em branco e incorreto aqueles que contiverem erros. Quando o item não for abordado no instrumento avaliado será classificado como não se aplica.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Isabel Berns Kuiava, enfermeira da Unidade de Clínica Médica I e aluna do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, juntamente com a Prof^a. Dr^a Eliane Matos (pesquisadora responsável), estamos desenvolvendo uma pesquisa para conhecer e melhorar as anotações da equipe de enfermagem no prontuário do paciente. Essa pesquisa é intitulada **“PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO PARA REGISTRO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO ADULTO”**. Com o resultado desta pesquisa pretendemos elaborar um impresso que melhore os registros das intervenções de enfermagem desenvolvidas principalmente por técnicos e auxiliares de enfermagem, no prontuário do paciente internado nas unidades de internação adulto, do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Neste sentido a pesquisa pode contribuir para melhorar a assistência que você e outros pacientes recebem quando estão aqui internados, uma vez que as anotações/registros no prontuário permitem que os profissionais tenham mais clareza sobre a evolução de seu problema e saúde ou doença.

Acreditamos que este estudo propiciará também à equipe de enfermagem a discussão acerca do registro de enfermagem enquanto momento do processo de trabalho que contribui para a continuidade da assistência ao paciente internado, assim como para a qualidade dos cuidados prestados, possibilitando a elaboração coletiva de um instrumento de registro de maior qualidade, visando uma assistência de enfermagem mais segura e efetiva.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Esclarecemos que sua participação se dará pela autorização para que eu possa observar sua situação de saúde-doença e

acessar seu prontuário para avaliar as anotações de enfermagem realizadas pelos profissionais que lhe prestaram cuidado.

Se você aceitar participar desta pesquisa posso lhe assegurar que o mesmo não acarretará riscos à sua integridade física e nem interferirá negativamente em seus cuidados. Entretanto você poderá se sentir desconfortável por estar sendo observado e/ou saber que seu prontuário está sendo utilizado na pesquisa. Se você se sentir desconfortável e desejar não participar da pesquisa a observação será interrompida e somente retomaremos a mesma se e quando você autorizar. Em contrapartida, esperamos que esta lhe traga benefícios relacionados a uma melhor assistência de enfermagem.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória. Você tem a liberdade de recusar a participar sem que isso interfira na assistência que você receberá na instituição durante a sua internação. Também tem direito a se retirar da pesquisa em qualquer momento uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará sanção, prejuízo, dano ou desconforto e em seus direitos enquanto paciente desta instituição. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados e seu nome não será utilizado em nenhum momento nos materiais que resultarem desta pesquisa. Para isso substituiremos seu nome pela letra P de paciente, acompanhada de um número sequencial, 1, 2, 3, 4... Os dados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para composição do novo instrumento de registro e em trabalhos acadêmicos, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

Após ler o presente Termo de Consentimento e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assine. Uma via ficará com você e outra com os pesquisadores. A pesquisadora Isabel Berns Kuiava (COREN/SC 225517) estará disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99215447 e 84147345, pelo e-mail isaberns@gmail.com ou pessoalmente. A pesquisadora Eliane Matos poderá ser contatada pelo telefone 37219163. Se houver qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos, você também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH, localizado na Biblioteca Universitária Central da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC - Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, através do telefone (48) 3721 9206 ou e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual

das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura dos responsáveis pela pesquisa:

Eliane Matos
Pesquisadora responsável

Isabel Berns Kuiava
Mestranda pesquisadora

APÊNDICE C – Roteiro Semiestruturado para orientação da Entrevista com Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Dados de Identificação

Pseudônimo

Idade: ____ anos

Sexo: Feminino () Masculino ()

Formação:

Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro ()

Cargo na Instituição:

Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem ()

Vínculo Empregatício:

FAPEU () Servidor Público ()

Tempo que trabalha na instituição: ____ anos ____ meses.

Tempo que trabalha na unidade:

Tempo que trabalha da profissão:

1 – Dentre suas atividades, você tem o registro daquilo que aconteceu com o paciente em seu turno de trabalho e as ações que você realizou junto à ele. Como é fazer essa atividade para você? Me conte um pouco sobre isso (prioridade, momento em que faz, etc).

2 – Qual a sua opinião sobre as anotações/registros de enfermagem?

3 – Qual a importância dos registros de enfermagem para você?

4 – Em relação à forma como é feito os registros de enfermagem hoje, diga 4 pontos positivos e 4 pontos negativos.

5 – O que você gostaria de mudar relacionado aos registros de enfermagem?

6 – O que você gostaria de manter em relação aos registros de enfermagem (observações complementares e outras anotações (em outros instrumentos))?

7 – Tem mais alguma coisa que eu não perguntei e que você gostaria de acrescentar sobre os registros?

APÊNDICE D – Roteiro Semiestruturado para orientação da Entrevista com Enfermeiros

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENFERMEIROS

Dados de Identificação

Pseudônimo

Idade: ____ anos

Sexo: Feminino () Masculino ()

Formação:

Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro ()

Cargo na Instituição:

Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem ()

Vínculo Empregatício:

FAPEU () Servidor Público ()

Tempo que trabalha na instituição: ____ anos ____ meses.

Tempo que trabalha na unidade:

Tempo que trabalha da profissão:

1 – Você realiza habitualmente a SAE? SIM ou NÃO, porquê?

2 – Quais instrumentos você utiliza para a realização da SAE? Livro, visita, informações de outros profissionais, OCE, exame físico?

3 – Quais as informações que você coleta das anotações realizadas pelos técnicos e auxiliares?

4 – Qual sua opinião sobre as OCE?

5 – As OCE respondem as necessidades elaboração das PE e EE?

6 – Cite 4 aspectos que considera ruim (negativos) e 4 positivos nos registros de enfermagem realizados pelos TE e AE, nas OCE e instrumentos?

7 – Quais são suas sugestões para melhorar e/ou otimizar os registros de enfermagem?

8 – Tem mais alguma coisa que eu não perguntei e que você gostaria de acrescentar sobre os registros?

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais de Enfermagem

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
TCLE**

Eu, Isabel Berns Kuiava, discente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, juntamente com a Prof^a. Dr^a Eliane Matos (pesquisadora responsável), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **“INCLUSÃO DOS REGISTROS DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE”**, que tem como objetivo implantar um instrumento de registro das intercorrências do paciente e das ações de enfermagem desenvolvidas por técnicos e auxiliares de enfermagem, no prontuário do paciente internado na unidade de Clínica Médica I, do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

Acreditamos que este estudo propiciará à equipe de enfermagem a discussão acerca do registro de enfermagem enquanto momento do processo de trabalho que contribui para a continuidade da assistência ao paciente internado, assim como para a qualidade dos cuidados prestados, possibilitando a elaboração coletiva de um instrumento de registro de maior qualidade, visando uma assistência de enfermagem mais segura e efetiva.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Se o senhor (a) aceitar participar desta pesquisa, sua participação ocorrerá por meio da observação do seu trabalho por parte da pesquisadora, com o intuito de identificar como se dá o processo de trabalho e o registro das atividades dos profissionais de enfermagem e/ou; da avaliação dos registros realizados por você no prontuário de paciente e nas observações complementares. Você poderá também participar, respondendo a uma entrevista, realizada posteriormente a observação. Esta entrevista será realizada individualmente em seu turno de trabalho e tem por objetivo a reflexão sobre os registros de

enfermagem e a coleta de indicadores para a construção de um instrumento para inclusão dos registros de enfermagem no prontuário do pacientes. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas, mas o você não será identificado(a), sendo garantido seu anonimato com a utilização de pseudônimos.

Informamos que esta pesquisa não oferece riscos a sua integridade física, porém, eventualmente pode surgir algum desconforto ao discutir situações observadas/vivenciadas. Se isto ocorrer a entrevista ou observação será suspensa e retomada apenas se você sentir-se preparado para dar continuidade.

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará sanção, prejuízo, ou dano a sua condição profissional. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

Após ler o presente Termo de Consentimento e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assine. Uma via ficará com você e outra com as pesquisadoras. A pesquisadora Isabel Berns Kuiava (Coren/SC 225517) estará disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99215447 e 84147345, pelo e-mail isaberns@gmail.com ou pessoalmente. O material coletado durante o estudo documental, observação das atividades e entrevistas poderá ser consultado sempre que desejar, mediante solicitação. A pesquisadora Eliane Matos poderá ser contatada pelo telefone 37219163. Se houver qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos, você também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH, localizado na Biblioteca Universitária Central da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC - Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, através do telefone (48) 3721 9206 ou e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura dos responsáveis pela pesquisa:

Eliane Matos

Pesquisadora responsável

Isabel Berns Kuiava

Mestranda pesquisadora

APÊNDICE F – Declaração Direção Geral HU/UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO EKNANT DE SÃO
THIAGO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **INCLUSÃO DOS REGISTROS DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**, e cumprimos os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 16/11/13.


Prof. Carlos Roberto Assis da Silva
Diretor Geral - HU/UFSC
ASSINATURA
CARIMBO DA A RESPONSÁVEL

ANEXOS

[illegible]

ANEXO D – Impresso de Controle de Glicemias

Clínica:		Quarto:				Leito:									
	Data:					Data:					Data:				
Hora															
Glicemia															
Unid. Insulina															
Responsável															
	Data:						Data:					Data:			
Hora															
Glicemia															
Unid. Insulina															
Responsável															
	Data:						Data:					Data:			
Hora															
Glicemia															
Unid. Insulina															
Responsável															
	Data:						Data:					Data:			
Hora															
Glicemia															
Unid. Insulina															
Responsável															
	Data:						Data:					Data:			
Hora															
Glicemia															
Unid. Insulina															
Responsável															



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RELATÓRIO DE INSULINA

Mod. 0.300/099

IMPRENSA UNIVERSITÁRIA

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INCLUSÃO DOS REGISTROS DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Pesquisador: Eliane Matos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24489613.3.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 526.935

Data da Relatoria: 10/02/2014

Apresentação do Projeto:

INCLUSÃO DOS REGISTROS DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE, trabalho de mestrado da Isabel Berns Kuiava sob a orientação de Eliane Matos.

Objetivo da Pesquisa:

Já foram apresentados anteriormente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já foi sanado a questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já foram considerados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não é o caso.

Recomendações:

Não existem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 520.920

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 11 de Fevereiro de 2014

Assinado por:

Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br